

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1938-1939. — N° 50

ÉTUDE DOCUMENTAIRE
des
INDICATIONS MÉDICALES
de
L'INTERRUPTION DE LA GROSSESSE
AU COURS DES TROIS DERNIERS MOIS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 26 janvier 1939.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre MAGNIN

INTERNE DES HÔPITAUX DE LYON

Né le 11 Avril 1913, à Montmerle-sur-Saône (Ain).

IMPRIMERIE DE TREVOUX

G. Patissier

—
1939

Étude Documentaire
DES INDICATIONS MÉDICALES
DE L'INTERRUPTION DE LA GROSSESSE
au cours des trois derniers mois



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552413_0033

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1938-1939. — N° 50

ÉTUDE DOCUMENTAIRE
des
INDICATIONS MÉDICALES
de
L'INTERRUPTION DE LA GROSSESSE
AU COURS DES TROIS DERNIERS MOIS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 26 janvier 1939.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre MAGNIN

INTERNE DES HÔPITAUX DE LYON

Né le 11 Avril 1913, à Montmerle-sur-Saône (Ain).

IMPRIMERIE DE TREVoux
G. Patissier
—
1939

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. A. MOREL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS, HUGOUNENQ, PIC, CONDAMIN,
PAVIOT, NICOLAS, VILLARD, NOVE-JOSSERAND, TIXIER, COLLET, GAYET, CLUZET

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. FROMENT
Cliniques chirurgicales	SAVY
Clinique obstétricale et Accouchements	PATEL
Clinique ophtalmologique	BERARD
Cliniques dermatologique et syphiligraphique	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	BONNET
Clinique médicale infantile	FAVRE
Clinique gynécologique	LEPINE (J.)
Clinique Oto-rhino-laryngologique	MOURIQUAND
Clinique urologique	COTTE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	REBATTU
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	CIBERT
Clinique des maladies infectieuses	TAVERNIER
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	COURMONT
Chimie biologique et médicale	CHALIER (J.)
Chimie organique et Toxicologie	PONTHUS
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	MANCEAU
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie générale et thérapeutique	HERMANN
Anatomie pathologique	CORDIER
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie ..	J. F. MARTIN
Médecine légale	X.
Hygiène	ARLOING (F.)
Pharmacie et Pharmacologie	Etienne MARTIN
Hydrologie thérapeutique et Climatologie	ROCHAIX
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un Cours d'Anatomie médico-chirurgicale	MM. THEVENOT (Léon.)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GABRIELLE	GUILLEMINET	DE ROUGEMONT	MORIN
DECHAUME	MORENAS	P. RAVAUlt	BERTRAND
BERNHEIM	REVOL	PIGEAUD	CLAVEL
POLLOSSON	ENSELME	CROIZAT	LEVRAT
CHAMBRON	SEDALLIAN	DELORE	
EPARVIER	CREYSSEL	JOSSERAND	

Examinateurs de la Thèse

M. VORON, *Président.*

MM. TRILLAT, RHENTER, EPARVIER, *Assesseurs.*



La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A LA MEMOIRE DE MON PERE
ET DU DOCTEUR LOUIS DESGOUTTES, son Ami
ET LE MEILLEUR DE MES MAITRES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON

Nous lui exprimons notre très respectueuse gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en nous comptant parmi ses Elèves.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TRILLAT

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RHENTER

Nous tenons à leur dire toute
notre reconnaissance pour la con-
fiance qu'ils nous ont accordée au
cours des semestres que nous
avons passés dans leurs Services
et pour l'intérêt qu'ils veulent bien
nous porter depuis cette époque.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ EPARVIER

Il nous a toujours témoigné
beaucoup de bienveillance et nous
le prions de croire à notre res-
pectueux attachement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BANSSILLON

ACCOUCHEUR DES HOPITAUX

Il voulut bien nous admettre
dans sa Conférence et nous ne
saurions trop l'en remercier.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BROCHIER

Nous avons bien souvent bénéficié des marques de sa sympathie
et tenons à lui exprimer ici, toute
notre profonde et respectueuse
affection.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR DESGOUTTES

MONSIEUR LE DOCTEUR BOUCHUT

External

MONSIEUR LE PROFESSEUR PATEL

MONSIEUR LE DOCTEUR PERRIN

MONSIEUR LE DOCTEUR DESGOUTTES

MONSIEUR LE PROFESSEUR CORDIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR FAVRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TRILLAT

Internal

MONSIEUR LE DOCTEUR IMBERT

MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GUILLEMINET

MONSIEUR LE DOCTEUR NOVÉ-JOSSERAND

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TRILLAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RHENTER

MONSIEUR LE PROFESSEUR COTTE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PIGEAUD,

MESSIEURS LES DOCTEURS ROCHET ET LYONNET

dont les conseils et l'accueil favorable à la Clinique Obstétricale, constituent pour nous un encouragement de chaque jour.

Introduction

Le but essentiel de ce travail est d'apporter des matériaux cliniques à l'étude des indications médicales de l'interruption de la gestation au cours de ses trois derniers mois.

L'obligeance de nos Maîtres, MM. VORON, TRILLAT et RHENTER, nous a permis de rechercher ces documents dans les Archives de la Clinique Obstétricale, de la Maternité-Ecole des Sages-Femmes et du Service d'accouchements de l'hôpital de la Croix-Rousse.

Nous avons dépouillé les dossiers de ces services du 1^{er} Janvier 1928 au 1^{er} Janvier 1938. Pour cette période de 10 ans qui correspond à un ensemble de 45.324 naissances, nous avons recueilli 79 observations cliniques qui serviront de base à notre étude.

Contraints d'abandonner un nombre, à vrai dire très restreint, de textes insuffisamment explicites, nous avons par contre, volontairement éliminé les cas d'accouchements provoqués en raison d'une dystocie pelvienne ou d'un excès de volume fœtal chez des femmes qui présentaient, par ailleurs, une affection médicale ne nécessitant pas, par elle-même, pareille thérapeutique. Nous avons également éliminé, comme ne rentrant

pas dans le cadre d'une grossesse en évolution, toutes les observations dans lesquelles l'enfant était mort avant la mise en œuvre des moyens destinés à provoquer son évacuation et toutes celles d'éclampsie constituée ou d'apoplexie utéro-placentaire, que nous avons arbitrairement rejetées quel qu'ait été l'état médical qui les avait précédé.

Nous tenons enfin à préciser que nous comptons parmi les cas d'interruption de la grossesse au cours de ses trois derniers mois, ceux où l'intervention fut pratiquée même alors que, d'après le calcul classique, le terme paraissait atteint ou dépassé.

Notre étude, faite à la lumière d'un certain nombre d'éléments recueillis dans la littérature, se limitera à la critique des observations que nous apportons. Nous laisserons donc de côté plusieurs affections médicales comme la chorée, les psychoses, les états de mal asthmatic ou épileptique et certaines manifestations cutanées qui ont pu constituer pour certains obstétriciens un motif d'interrompre la gestation mais dont nous n'avons pas eu l'occasion de recueillir des observations.

Il n'est ni dans nos intentions, ni dans nos moyens, de faire un exposé historique ou une revue générale des questions que nous allons aborder, nous voulons simplement verser un document de plus au dossier, déjà si volumineux, des indications posées par la grossesse pathologique.

Avant d'aborder notre sujet, nous tenons à exprimer toute notre reconnaissance à Monsieur le Professeur agrégé RHENTER qui a bien voulu accepter de relire et de corriger entièrement notre travail.

Observations

Plusieurs des observations que nous rapportons ne sont pas inédites, qu'elles aient été communiquées à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lyon ou publiées dans des Thèses ou Travaux antérieurs.

Nous n'avons pas cru devoir les reproduire dans la forme où elles ont été déjà rédigées : *comme toutes celles qui vont suivre, à l'exception des cas de tuberculose pulmonaire, elles seront exposées suivant l'ordonnance d'un plan-type que nous avons adopté pour en rendre la lecture plus facile.*

Pour éviter toute erreur cependant, nous avons mentionné en italiques dans nos références bibliographiques le titre des publications lyonnaises ayant déjà rapporté ces observations.

Nous avons classé nos documents en différents chapitres suivant l'affection qu'ils relatent. Il nous a été facile de grouper ainsi les observations de tuberculose, de cardiopathie, de diabète, de pyélite et de pyélonéphrite et de laisser à part un certain nombre de faits isolés (anémie, misère physiologique, néoplasme généralisé). Il nous a été beaucoup plus difficile d'adopter une classification pour les affections rénales et les toxémies : cette difficulté tient pour un certain nombre d'entre-elles à

une rédaction insuffisante de l'observation et à l'absence de détails indispensables; elle tient aussi et surtout, pour beaucoup d'autres, à la complexité et à l'intrication des symptômes cliniques et du syndrome humoral.

Nous inspirant des travaux de MM. Voron et Pigeaud et de la classification adoptée par Stieglitz dans son « Obstétric Medicine » nous nous sommes efforcés de mettre à part, quels que soient leurs symptômes, les observations des malades ayant probablement ou certainement présenté une lésion rénale antérieure à la grossesse dont nous rapportons l'histoire.

Parmi les néphropathies gravidiques vraies nous avons distingué les formes albumineuses simples, les formes avec œdème et les formes avec hypertension. Ces deux dernières chevauchant assez fréquemment l'une sur l'autre, nous avons constitué un quatrième groupe avec les observations à caractère mixte.

NÉPHROPATHIES GRAVIDIQUES ALBUMINEUSES SIMPLES

I

OBSERVATION 1

ALBUMINURIE IMPORTANTE SANS SYMPTÔMES FONCTIONNELS DÉCOUVERTE AU SEPTIÈME MOIS. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL PAR BOUGIE DE KRAUSE AU VOISINAGE DU TERME. — SUITES SATISFAISANTES.

Service du Dr Trillat, 1930 ; 800. P..., 23 ans, II^e geste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Rien n'est signalé.

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX.

En 1928, accouchement spontané à terme d'un enfant actuellement vivant.

GROSSESSE ACTUELLE : On ne peut faire préciser la date des dernières règles. La grossesse a été bien supportée jusqu'au jour récent où l'on a découvert une albuminurie pour laquelle la malade se fait hospitaliser.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 14 FÉVRIER 1930.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de 7 mois environ, fœtus vivant, de développement normal.

Du point de vue médical :

L'examen est entièrement négatif, on note uniquement une albuminurie oscillant entre 0 gr. 50 et 3 grammes.

La malade quitte bientôt le service.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

Le 20 mars, la malade revient.

L'albuminurie est à 0 gr. 85.

On ne note pas d'œdème.

Le fœtus est en présentation du sommet, fixée.

Pendant les jours qui suivent, l'albuminurie persiste malgré le régime, atteignant 1 gr. 80.

Le 9 avril, la grossesse semble au voisinage du terme, la hauteur utérine est de 31 cm. ; l'albuminurie est de 0,85 ‰

On décide de provoquer l'accouchement.

ACCOUCHEMENT : *Le 9 avril*. Mise en place d'une bougie de Krause.

Durée du déclanchement : 2 h. 30.

Durée du travail : 3 h. 30.

Expulsion spontanée, 1 heure après la rupture spontanée des membranes, d'un garçon vigoureux de 3.580 grammes.

Délivrance spontanée, placenta de 680 grammes, sans altération ; Wassermann négatif dans le sang du cordon.

SUITES : *Du point de vue puerpéral* : excellentes.

Du point de vue médical : l'albumine disparaît le lendemain de l'accouchement, mais réapparaît ensuite, persistant sous forme de traces, jusqu'à la sortie le dixième jour.

L'enfant allaité par sa mère pèse 3650 grammes le dixième jour et semble en parfait état.

II

OBSERVATION 2

ALBUMINURIE TARDIVE CHEZ UNE FEMME AYANT DÉPASSÉ LA DATE DU TERME PRÉVU. — DÉCLANCHEMENT IMMÉDIAT DU TRAVAIL PAR MÉTHODE MÉDICAMENTEUSE. — MORT DE L'ENFANT AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT. — SUITES MATERNELLES EXCELLENTES.

Service du Dr Rhenter, 1933 ; 872. V..., 28 ans, primigeste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Aucun élément suspect n'est signalé.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 31 octobre. A. P. : 6 août.

La grossesse a été très bien supportée, l'albuminurie n'est apparue qu'à la fin du neuvième mois.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 1^{er} SEPTEMBRE 1933.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse à terme, présentation du sommet fixée. B.C. perçus.

Du point de vue médical :

On constate essentiellement un gros disque d'albumine.

En raison de cette albuminurie, et surtout du fait que la grossesse est en évolution 3 semaines encore après le terme prévu, on décide de provoquer l'accouchement.

ACCOUCHEMENT : Le 2 septembre, mise en jeu de la méthode de Hauch.

Durée du déclanchement : 12 heures.

Durée du travail : 26 heures.

Expulsion spontanée d'une fille morte au cours du travail, pesant 3.140 grammes.

Délivrance spontanée, le placenta pèse 520 gr. Hémorragie de la délivrance de 1.020 grammes.

SUITES : *Du point de vue puerpéral :* excellentes.

Du point de vue médical : Deux jours après l'accouchement : Albuminurie : 0.

T.A. : 11,5/6.

Plusieurs mois après l'accouchement, le 2 décembre, la malade est revue ; elle présente une rétroversion utérine ; il ne persiste aucune albuminurie.

III

OBSERVATION 3

ALBUMINURIE IMPORTANTE DÉCELÉE AU COURS DU NEUVIÈME MOIS. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL PAR BOUGIE DE KRAUSE ASSOCIÉE AUX MOYENS MÉDICAMENTEUX UNE SEMAINE AVANT TERME. — MORT DE L'ENFANT AU COURS D'UN ACCOUCHEMENT TRAINANT EN LONGUEUR. — SUITES MATERNELLES SATISFAISANTES.

Service du Dr Rhenter, 1934 ; 1082. S..., 30 ans, primigeste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Aucun élément suspect n'est signalé.

GROSSESSE ACTUELLE: D.R. : 15 décembre. A.P. : 25 septembre.
L'état général a été excellent pendant les huit premiers mois de la gestation.

Au cours du dernier mois, la malade présente une grosse albuminurie pour laquelle elle est hospitalisée.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 10 SEPTEMBRE 1934.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse au voisinage du terme (hauteur utérine de 30 cm.),
fœtus vivant en présentation du sommet.

Du point de vue médical :

L'examen somatique est négatif.

On note, par ailleurs, un gros disque d'albumine.

Coef. de Maillard : 6,2.

T.A. : 15/7.

Wassermann négatif dans le sang.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

Malgré un régime sévère, la malade présente un peu d'agitation. On lui administre du chloral, après avoir pratiqué une saignée de 400 grammes.

Le 18 septembre, on note :

Albuminurie : 2 gr. 50 ‰.

T.A. : 14/7.

On décide d'interrompre la grossesse.

ACCOUCHEMENT : *Le 18 septembre*, mise en jeu de la méthode de Hauch, et introduction simultanée d'une bougie de Krause, les membranes se rompent 10 minutes après.

Durée du déclanchement : 20 h. 30.

Le travail présente une évolution irrégulière dès le début avec spasme du col nécessitant l'injection successive de 3 ampoules de spasmalgine. Parallèlement, la toxémie évolue, l'albumine dosant 9 gr. ‰, le 19 septembre.

Durée du travail : 25 h. 40.

Le fœtus meurt au cours du travail, ses B.C. n'étant plus perçus à l'auscultation attentive.

Expulsion spontanée d'une fille mort-née de 2.660 grammes.

Délivrance spontanée, le placenta pèse 500 gr. Révision utérine immédiate en raison d'une rétention choriorale.

SUITES : *Du point de vue puerpéral* : satisfaisantes.

Du point de vue médical : la malade quitte le service le septième jour, présentant une T.A. à 12,5/6 et des traces d'albumine dans les urines.

IV

OBSERVATION 4

ALBUMINURIE APPARUE AU COURS DU DERNIER MOIS. — DÉCLAN-
CHEMENT DU TRAVAIL PAR BOUGIE DE TRILLAT DIX JOURS AVANT
TERME. — SUITES EXCELLENTE.

Service du D^r Trillat, 1935 ; 283. F..., 26 ans, II^e geste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Aucune maladie à signaler, si ce n'est une cholecystite
apparue en 1930.

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX.

En 1930, accouchement spontané à terme d'un enfant actuel-
lement vivant.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 12 juin. A.P. : 22 mars.

Au cours des trois premiers mois, la malade a beaucoup
vomi.

Au septième mois, son état général est devenu très médio-
cre. Plus récemment, le 2 mars, on a découvert pour la pre-
mière fois un petit disque d'albumine dans ses urines (exa-
men négatif le 9 février).

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 10 MARS 1935.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de 8 mois $\frac{1}{2}$, fœtus vivant en présentation du som-
met amorcée. On note l'existence de contractions utérines
douloureuses.

Du point de vue médical :

La malade présente des céphalées, des vomissements et de
la diarrhée.

Par ailleurs, pas d'œdèmes.

Albumine : 1 gr.

T.A. : 15,5/6,5.

Urée sanguine : 0,35 ‰.

On décide, dès le lendemain, l'albumine étant à 1 gr. 50 et
la T.A. à 16,5/6, de provoquer l'accouchement.

ACCOUCHEMENT : *Le 12 mars*, mise en place d'une bougie de
Trillat.

Durée du déclanchement : 3 h. 30.

Durée du travail : 17 h.

Au cours du travail, la malade présente un peu d'agitation,
nécessitant l'administration de chloral. Lorsque la dilatation
du col atteint 4 cm., on retire la bougie et on rompt les mem-

branes qui laissent s'écouler une très grande quantité de liquide.

Expulsion spontanée d'une fille de 2.900 grammes.

Délivrance spontanée, le placenta pèse 550 grammes.

SUITES : *Du point de vue puerpéral* : aucun incident.

Du point de vue médical : Angine sans gravité, mais obligeant la malade à retarder son départ qui a lieu au vingt-huitième jour seulement.

L'albumine disparaît dès le sixième jour.

La T.A. tombe à 13/6 le douzième jour.

La malade revue *un mois après*, à l'occasion d'une annexite, ne présente plus d'albumine.

L'enfant allaité par sa mère, se développe normalement et pèse 3.230 grammes le vingt-sixième jour. *En novembre 1938*, il se porte très bien.

V

OBSERVATION 5

ALBUMINURIE APPARUE TARDIVEMENT ET AUGMENTANT BRUSQUEMENT AU VOISINAGE DU TERME. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL PAR BOUGIE DE TRILLAT. — SUITES SATISFAISANTES MALGRÉ UNE POUSSÉE DE PYÉLITE.

Service du Dr Trillat, 1937 ; 80. P..., 17 ans, primigeste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Aucun élément suspect à signaler.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 12 avril. A.P. : 20 janvier.

Les premiers mois de la grossesse ont été marqués par des vomissements.

L'albuminurie est apparue à la fin du neuvième mois, le 12 janvier (plusieurs examens antérieurs négatifs).

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 12 JANVIER 1937.

Du point de vue obstétrical :

Malgré le voisinage du terme, la hauteur utérine ne dépasse pas 26 cm. Fœtus vivant en présentation du sommet.

Du point de vue médical :

L'examen général est négatif. On note :

Albumine : 0,50.

T.A. : 13,5/8.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

Le 22 janvier, malgré le régime lacté, on note une brusque augmentation de l'albuminurie qui passe à 2 gr. 50 avec T.A. à 15,5/8.

ACCOUCHEMENT : *Le 23 janvier*, mise en place d'une bougie de Trillat.

Durée du déclanchement : 2 heures.

Durée du travail : 8 h. 40.

Expulsion spontanée d'une fille de 1.850 grammes.

Délivrance spontanée, le placenta pèse 330 gr. et présente des infarctus.

SUITES : *Du point de vue puerpéral* : aucun incident.

Du point de vue médical : *Le cinquième jour*, on note une poussée de pyélite, la température présente par la suite quelques ondulations et les urines contiennent du pus à colibacilles. Des injections d'auto-vaccins amènent une guérison rapide, qui permet à la malade de quitter le service le quinzième jour. Ses urines contenaient encore des traces d'albumine.

L'enfant allaitée par sa mère pèse 1.950 grammes le dix-septième jour. *En octobre 1938*, élevée par ses grands-parents, elle est en bonne santé, elle a marché à 14 mois, après avoir présenté un retard pondéral marqué, coïncidant avec des troubles digestifs assez importants.

NÉPHROPATHIES GRAVIDIQUES AVEC ŒDÈMES

VI

OBSERVATION 1

ALBUMINURIE AVEC ŒDÈMES APPARUE AU SEPTIÈME MOIS. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL A TERME PAR BOUGIE DE KRAUSE. — SUITES SATISFAISANTES.

Service du Pr Voron, 1928 ; 1188. F..., 31 ans, V^e geste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Rougeole dans l'enfance.

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX.

En 1922, accouchement d'un enfant qui meurt au bout de quelques minutes.

En 1923, avortement.

En 1924, accouchement terminé par une application de forceps.

En 1925, accouchement spontané à terme.

Les trois accouchements ont été marqués par des hémorragies importantes.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 10 mars. A.P. : 20 décembre.

La malade a fait régulièrement examiner ses urines qui n'ont pas contenu d'albumine jusqu'au *début du septième mois*. A ce moment, on constate l'existence d'une albuminurie légère de 10 centigr. ‰.

Bientôt apparaissent des œdèmes malléolaires et la quantité d'albumine augmente.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 14 DÉCEMBRE.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse au voisinage du terme, fœtus vivant en présentation du sommet.

Du point de vue médical :

On ne relève la présence d'aucun trouble fonctionnel.

On note simplement des œdèmes localisés aux membres inférieurs.

Par ailleurs :

Albuminurie : 4 gr.

T.A. : 13,5/7.

Urée sanguine : 0,45 ‰.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

Malgré le régime sévère, et l'administration de chloral, l'albuminurie persiste au voisinage de 3 gr. 50.

On décide d'interrompre la grossesse.

ACCOUCHEMENT : Le 18 décembre, mise en place d'une bougie de Krause, les membranes se rompent 6 h. 30 après.

Durée du déclanchement : 27 heures.

Durée du travail : 4 h. 5.

Expulsion spontanée d'une fille vigoureuse de 2.950 gr.

Hémorragie de la délivrance de 1.500 gr. : *délivrance artificielle*.

Le placenta pèse 600 gr. et présente quelques infarctus.

SUITES : *Du point de vue puerpéral* : température subfébrile pendant 15 jours.

Du point de vue médical : L'albuminurie est à 1 gr. 50 le lendemain de l'accouchement, elle s'accompagne bientôt d'une légère pyurie, puis disparaît au dix-septième jour.

La T.A. est à 11,5/6 à la sortie le vingtième jour.

Le 4-11-38 : Cette femme déclare se porter très bien.

L'enfant allaité par sa mère se développe bien et pèse 3.150 gr. le quatorzième jour. En novembre 1938, il se développe parfaitement et pèse 29 kgs 500.

VII

OBSERVATION 2

ALBUMINURIE AVEC OEDÈMES APPARUE AU SEPTIÈME MOIS. — DÉCLANCHEMENT DIFFICILE DU TRAVAIL PAR UNE BOUGIE DE KRAUSE UNE SEMAINE AVANT TERME. — ALBUMINURIE PERSISTANT A LA SORTIE. — ENFANT VIVANT.

Service du Pr Voron, 1929 ; 386. M..., 25 ans, primigeste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Scarlatine à l'âge de 16 ans.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 22 juillet. A.P. : 2 mai.

La gestation a été bien supportée pendant les premiers mois, l'albuminurie et les œdèmes sont apparus dans le courant du *septième mois*.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 5 AVRIL 1929.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de 8 mois, fœtus vivant, de développement normal.

Du point de vue médical :

La malade présente des œdèmes importants, en particulier au niveau de la face et ici tout spécialement aux paupières.

Par ailleurs :

Albuminurie : 2 gr. ‰.

T.A. : 13/8.

Coef. de Maillard : 12.

Urée sanguine : 0,30 ‰.

Diurèse : 1.200 gr.

Wassermann : négatif.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

Malgré un régime sévère, l'albuminurie passe de 2 à 3 gr. ‰ en une semaine.

La T.A. reste stationnaire et les œdèmes persistent malgré la diurèse très satisfaisante à 2 litres et plus.

Le coefficient de Maillard reste inchangé.

En l'absence d'amélioration des signes rénaux, on décide de déclancher l'accouchement, le fœtus étant en présentation du sommet amorcée.

ACCOUCHEMENT : Le 24 avril, mise en place d'une première bougie de Krause.

Le 26 avril, en l'absence de déclanchement, on retire la première bougie et on en introduit une seconde ; le soir de

cette introduction, légère ascension thermique et albuminurie massive. On donne 6 grammes de chloral.

Durée du déclanchement : 3 jours après l'introduction de la première bougie.

Durée du travail : 21 heures.

Les membranes se rompent 10 h. 30 après le début des douleurs et un liquide amniotique boueux s'échappe.

Expulsion spontanée d'une fille étonnée de 2.650 grammes qu'on ranime facilement.

Délivrance spontanée, le placenta pèse 460 grammes et présente 2 infarctus sur sa face maternelle.

SUITES : Du point de vue puerpéral : Poussée thermique à 39°5 le lendemain de l'accouchement, la température tombe au-dessous de 38 à partir du troisième jour et ne dépasse plus ce chiffre.

La fétilité des lochies fait penser à une *légère endométrite*.

Du point de vue médical : L'albuminurie est à 0 gr. 40 ‰ le lendemain de l'accouchement, elle remonte au cours de la première semaine jusqu'à 1 gr. le septième jour, puis diminue pour se stabiliser à 0,20 au moment de la sortie au dix-septième jour. La T.A. est alors à 10/7.

L'enfant nourri au babeurre, puis au lait sec présente une courbe pondérale d'aspect défavorable les 15 premiers jours.

Au moment de sa sortie, *au dix-septième jour*, une ascension nette s'est déjà dessinée sur cette courbe, le poids étant alors de 2.300 grammes, et l'état général des plus satisfaisants.

VIII

OBSERVATION 3

ALBUMINURIE AVEC ŒDÈMES DÉCELÉE AU HUITIÈME MOIS. — PROVOCATION DIFFICILE DU TRAVAIL RÉALISÉE PAR BOUGIE DE KRAUSE APRÈS ÉCHEC DES MOYENS MÉDICAMENTEUX 15 JOURS AVANT TERME. — FORCEPS. — ENFANT MORT À LA NAISSANCE. — SUITES SATISFAISANTES DU POINT DE VUE MATERNEL.

Service du Pr Voron, 1934 ; 1240. P..., 25 ans, primigeste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Rougeole et rhinopharyngites à répétition dans l'enfance.
Appendicectomie en 1922.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 28 janvier. A.P. : 8 novembre

La malade a présenté des vomissements et des migraines durant les deux premiers mois de sa gestation.

Au cours du huitième mois, le 1^{er} octobre, les vomissements réapparaissent avec sensation de brûlures gastriques. Il n'existe pas d'albumine dans les urines à ce moment.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 12 OCTOBRE.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de 8 mois, mais utérus très volumineux, fœtus en présentation du sommet mobile et vivant.

Le bassin, examiné à une consultation d'assurances sociales, présenterait un degré léger de rétrécissement.

Du point de vue médical :

La malade se plaint de douleurs lombaires, elle présente des œdèmes marqués aux membres supérieurs et inférieurs, à la face et à la paroi abdominale du pubis à l'ombilic.

Du point de vue cardiaque, rythme régulier à 85, mais éclat du 2^e bruit.

Par ailleurs :

Albumine : 2 gr. 50.

T.A. : 17/7 (avec grandes variabilités de la maxima d'un moment à l'autre).

Urée sanguine : 0,37.

Diurèse : 800 grammes.

La malade pèse 92 kilogs, la cytologie urinaire montre l'existence de nombreuses cellules desquamées sans pus.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

On décide d'interrompre la grossesse. Mise à un régime à base uniquement de lait et de fruits, la malade voit persister son albuminurie et ses œdèmes, le poids augmentant en 5 jours, de 1.500 grammes.

ACCOUCHEMENT : *Le 17 Octobre*, une tentative de provocation médicamenteuse du travail échoue.

Le 20 octobre, on introduit avec difficulté une bougie sous anesthésie générale alors que deux jours auparavant il avait été impossible de le faire.

Le 21 Octobre, la malade expulse spontanément sa bougie, les membranes se rompent. La température monte dans la soirée à 38°5, les bruits du cœur fœtal sont irréguliers. On injecte de la spasalgine pour essayer d'accélérer la dilatation.

Le 22 Octobre, après 23 h. 15 de travail, une application de forceps en O.I.D.P. permet d'extraire au prix d'une déchirure périnéale une fille de 3320 grammes, en état de mort apparente, impossible à ranimer.

Délivrance spontanée, le placenta pèse 970 grammes et ne présente pas d'altération.

SUITES : *Du point de vue puerpéral : Endométrite* avec lo-

chies fétides et température au-dessus de 40° les deux premiers jours ; apyrexie à l'issue de la première semaine

Du point de vue médical : amélioration très rapide.

Au douzième jour, à la sortie :

Albumine : 0.

T.A. : 14/8,5.

Diurèse : satisfaisante.

Plus d'œdèmes.

IX

OBSERVATION 4

ALBUMINURIE AVEC ŒDÈMES. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL PAR MOYENS MÉDICAMENTEUX ET DÉCOLLEMENT DU PÔLE INFÉRIEUR DE L'ŒUF AU VOISINAGE DU TERME. — SUITES SATISFAISANTES. — ALBUMINURIE RÉCIDIVANTE GRAVE A UNE GROSSESSE ULTÉRIEURE.

Service du Pr Voron, 1935 ; 788. C..., 31 ans, primigeste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Aucun antécédent pathologique.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 30 octobre. A.P. : 10 juillet.

Le début de la gestation a été bien supporté, mis à part quelques vomissements.

Au huitième mois, la malade ressent un peu de lassitude, de petits œdèmes s'installent au malléoles et, le 25 juin, on trouve à la consultation prénatale un petit disque d'albumine.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 28 JUIN.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de 8 mois $\frac{1}{2}$, fœtus vivant, en présentation du sommet fixée.

Du point de vue médical :

L'examen somatique est négatif.

On note la présente d'œdèmes malléolaires.

Par ailleurs :

Albuminurie : 0,50.

T.A. : 13,5/9 avec I.O. : 1,5.

Urée sanguine : 0,31.

Wassermann : négatif.

Diurèse : 1.200 grammes.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

Après une semaine de repos et de régime :

L'albuminurie reste stationnaire : 0,80.

La T.A. ascensionne à 15,5/9,5.

Les œdèmes persistent.

La diurèse reste stationnaire.

On décide de provoquer l'accouchement.

ACCOUCHEMENT : *Le 5 juillet*, mise en jeu de la méthode de Hauch et décollement du pôle inférieur de l'œuf.

Déclanchement du travail le jour même.

Durée du travail : 10 h. 30.

Expulsion spontanée d'une fille étonnée de 3.020 grammes, vite ranimée.

Délivrance spontanée, le placenta pèse 570 gr. et ne présente pas d'altération.

SUITES : *Du point de vue puerpéral* : aucun incident.

Du point de vue médical : La diurèse augmente rapidement à 3.000 gr. en même temps que les œdèmes disparaissent.

La T.A. baisse à 15/9 le lendemain de l'accouchement.

Au quatrième jour, l'albumine est représentée par un léger disque, qu'on dose à 0,50 le huitième jour.

Revue 6 semaines après, la malade ne présente plus d'albumine.

Par contre, *en 1937, deux ans plus tard*, à l'occasion d'une seconde grossesse, apparaît, dès le cinquième mois, une albuminurie avec œdèmes et hypertension à 18/10, compliquée d'une hémiplegie gauche transitoire avec accouchement prématuré spontané d'un enfant de 600 grammes qui vit quelques heures. Le placenta truffé d'infarctus est doublé d'un hématome rétro-placentaire qui a creusé une cupule à sa surface.

En avril 1938, il persiste une albuminurie très importante avec T.A. à 13,5/7,5.

L'enfant allaité par sa mère se développe bien et pèse 3.020 grammes le huitième jour. *En août 1938*, à trois ans, son état est tout à fait satisfaisant.

X

OBSERVATION 5.

ALBUMINURIE AVEC ŒDÈMES DÉCELÉE AU DÉBUT DU NEUVIÈME MOIS.
— DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL PAR BOUGIE DE KRAUSE 10 JOURS
AVANT TERME. — SUITES EXCELLENTE.

Service du P^r Voron, 1936 ; 933. A..., 19 ans, primigeste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Rougeole, coqueluche et bronchite dans l'enfance.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 17 janvier. A.P. : 27 octobre.

La grossesse a été bien supportée au cours des huit premiers mois. Au début du neuvième, on décèle, le 2 octobre, un disque d'albumine dans les urines.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 13 OCTOBRE.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de 8 mois $\frac{1}{2}$ avec hydramnios. Présentation du sommet fixée, fœtus vivant.

Du point de vue médical :

La malade présente de petits œdèmes des membres inférieurs et un état saburral des voies digestives.

On note, par ailleurs :

Albumine : 1,35 ‰.

T.A. : 15/8,5.

Urée sanguine : 0,36 ‰

Diurèse : 1.250 grammes.

La cytologie urinaire montre la présence de lymphocytes, de quelques polynucléaires dégénérés et de quelques cylindres hyalins.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

Le 17 octobre, on note :

Albumine : 0,60.

T.A. : 15/9.

Il n'y a pas d'amélioration franche, les œdèmes persistent, le poids et la diurèse sont stationnaires.

Le poids de l'enfant étant estimé aux environs de 2.800 gr., on décide d'interrompre la grossesse.

ACCOUCHEMENT : *Le 17 octobre*, mise en place d'une bougie de Krause, les membranes se rompent 4 heures après.

Durée du déclanchement : 9 h.

Durée du travail : 10 h. 30.

Expulsion spontanée d'un garçon vigoureux de 3.150 gr.

Délivrance spontanée, le placenta pèse 550 grammes, et ne présente pas d'altération.

SUITES : *Du point de vue puerpéral* : aucun incident.

Du point de vue médical : Amélioration rapide.

Le lendemain de l'accouchement, l'albumine est à 0,40, le cinquième jour à l'état de traces, elle disparaît le 10^e jour.

Le onzième jour, à la sortie, la T.A. est de 13,5/9. 5 semaines après, elle est de 13,6/5 ; il n'existe alors pas d'albuminurie et l'état général est excellent.

L'enfant, allaité par sa mère, pèse 3.270 grammes le onzième jour et va bien à 5 semaines.

XI

OBSERVATION 6

ALBUMINURIE AVEC OEDÈMES APPARUE AU SIXIÈME MOIS. — DÉCLAN-
CHEMENT DU TRAVAIL PAR BOUGIE DE TRILLAT 12 JOURS AVANT TERME.
— SUITES SATISFAISANTES.

Service du D^r Trillat, 1937 ; 254. B.... 26 ans, II^e geste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Aucun élément suspect.

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX.

En 1932, à domicile, accouchement prématuré spontané à 7 mois d'un garçon mort 24 h. après sa naissance.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 27 juillet. A.P. : 7 avril

La grossesse a été bien supportée au cours des premiers mois, mais *au sixième mois*, une albuminurie précoce s'est manifestée.

La malade a été alors *hospitalisée une première fois dans le service*. On a constaté, à ce moment, l'existence d'une albuminurie à 0 gr. 50 avec diurèse de 1 litre, oedèmes des membres inférieurs et T.A. à 13/8.

Après 15 jours d'hospitalisation et de régime, l'albuminurie avait disparu et la diurèse était passée à 2.200 gr., la malade avait alors quitté le service.

Suivie depuis aux consultations prénatales, l'albuminurie réapparaît le 6 mars, à la fin du huitième mois.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 22 MARS.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse au début du neuvième mois, fœtus en présentation du sommet fixée, B.C. perçus.

Du point de vue médical :

On note la présence d'oedème des membres inférieurs et par ailleurs :

Albuminurie : 0,90.

T.A. : 12/8.

Malgré le régime, au bout d'une semaine, les oedèmes persistent et l'albuminurie est passée à 1 gr. 50.

On décide d'interrompre la grossesse.

ACCOUCHEMENT : Le 30 mars, mise en place d'une bougie de Trillat, le col étant déjà dilaté à 1 cm. ; les membranes se rompent deux heures trois quarts après.

Déclanchement du travail immédiat.

Durée du travail : 3 h. 30.

Expulsion spontanée d'une fille de 2.850 grammes.

Délivrance spontanée, le placenta pèse 500 grammes.

SUITES : Du point de vue puerpéral : aucun incident.

Du point de vue médical : L'albuminurie diminue lentement pour disparaître le 15^e jour seulement, l'état de la malade étant alors satisfaisant. *Par la suite*, on a noté la réapparition d'une albuminurie qui a persisté plus d'un an (jusqu'à l'été 1938).

L'enfant allaité par sa mère pèse 3.100 grammes le quinzième jour. *En 1938*, son développement est très satisfaisant.

XII

OBSERVATION 7

ALBUMINURIE AVEC ŒDÈMES DÉCELÉE AU HUITIÈME MOIS. — DÉCLANCHEMENT MÉDICAMENTEUX DU TRAVAIL DEUX SEMAINES AVANT TERME. — ÉVOLUTION ULTÉRIEURE D'UNE NÉPHRITE CHRONIQUE. — DÉVELOPPEMENT TRÈS SATISFAISANT DE L'ENFANT.

Service du Pr Voron, 1937 ; 517. G..., 32 ans, primigeste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Cette femme est une hépatique qui déclare avoir eu la *scarlatine* à l'âge de 14 ans, mais ignore si elle présenta ou non une albuminurie à ce moment.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 6 septembre. A.P. : 16 juin.

Les premiers mois de la gestation ont été marqués par des vomissements, sans retentissement sur l'état général.

Au huitième mois, apparition d'œdèmes malléolaires. On examine les urines qui contiennent un gros disque d'albumine. A la suite d'un régime sévère, les œdèmes régressent mais l'albumine persiste.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 22 MAI.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de 8 mois, fœtus vivant en présentation du sommet.

Du point de vue médical :

Les œdèmes malléolaires sont discrets.

Par ailleurs :

Albuminurie : 2 gr.

T.A. : 13/8.

Urée sanguine : 0,31.

Diurèse : 1.200 gr.

La cytologie urinaire montre l'existence de pus et de cylindres hyalins.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

Malgré le régime, l'albuminurie monte progressivement jusqu'à 3 grammes.

Par contre, la T.A. et la diurèse restent normales, l'état général est satisfaisant.

On décide, en raison du taux de l'albumine, de provoquer l'accouchement.

ACCOUCHEMENT : *Le 2 juin*, mise en jeu de la méthode de Hauch modifiée par adjonction de spasmalgine et décollement du pôle inférieur de l'œuf.

Déclanchement du travail le jour même.

Durée du travail : 8 h. 25.

Expulsion spontanée d'un garçon de 3.250 gr. au prix d'une petite déchirure périnéale.

Délivrance spontanée, le placenta pèse 650 gr. mais ne présente pas d'infarctus.

SUITES : *Du point de vue puerpéral* : aucun incident.

Du point de vue médical : A la sortie, *au dixième jour*, la diurèse et la T.A. restent normales respectivement à 2.000 gr. et à 12/8.

Par contre, il persiste une albuminurie modérée de 0,20 et la cytologie montre la persistance d'une formule de pyélite et de néphrite.

Un an après l'accouchement, la malade est enceinte à nouveau, elle n'a cessé de présenter de l'albuminurie depuis sa première grossesse. Sa T.A. est à 13/8 avec œdèmes des membres inférieurs et présence de cylindres granuleux dans les urines. Au début du neuvième mois de cette seconde grossesse, l'albuminurie atteint 1 gr. 20 et la malade accouche prématurément d'un enfant vivant.

L'enfant, d'abord allaité par sa mère, pèse 3.270 gr. le 10^e jour. Elevé ultérieurement à l'allaitement artificiel, il se développe normalement et est dans un état satisfaisant à l'âge de un an.

NÉPHROPATHIES GRAVIDIQUES HYPERTENSIVES

XIII

OBSERVATION 1

ALBUMINURIE AVEC HYPERTENSION MODÉRÉE DÉCELÉE AU DÉBUT DU NEUVIÈME MOIS. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL PAR BOUGIE DE KRAUSE 12 JOURS AVANT TERME. — SUITES SATISFAISANTES.

Service du Dr Trillat, 1931 ; 1673. B..., 35 ans, III^e geste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Aucun élément suspect n'est à retenir.

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX.

Accouchements spontanés en 1920 et 1926 : deux enfants actuellement vivants.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 25 novembre. A.P. : 4 septembre. L'état général a été excellent au cours des premiers mois.

La malade, suivie régulièrement, présente pour la première fois un petit disque d'albumine dans ses urines le 8 août.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 9 AOUT 1931.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de 8 mois, fœtus en présentation du sommet B.C. perçus.

Du point de vue médical :

L'examen somatique est négatif, il n'existe pas d'œdèmes.

On note :

Un disque d'albumine dans les urines.

T.A. : 15/9.

Urée sanguine : 0,32.

Wassermann négatif dans le sang.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

La malade est au régime lacté et prend régulièrement du chloral. Cependant, l'albuminurie qui était légère à l'entrée augmente progressivement pour atteindre 3 gr. en 5 jours. A ce moment, la T.A. est à 15/10.

ACCOUCHEMENT : Le 23 Août, mise en place d'une bougie de Krause.

Durée du déclanchement : 10 heures.

Durée du travail : 1 heure.

Expulsion spontanée d'un garçon vigoureux de 3.095 gr.
Délivrance spontanée, le placenta pèse 580 gr.

SUITES : *Du point de vue puerpéral* : excellentes.

Du point de vue médical : L'albuminurie persiste.

Le 22^e jour, la malade sort, elle présente encore un nuage d'albumine dans ses urines, la T.A. étant à 13,5/8,5.

En 1938, cette malade nous écrit que son état de santé est « à peu près satisfaisant ».

Elle n'a plus d'albumine dans ses urines.

L'enfant, à l'allaitement mixte, pèse 3.110 gr. au 12^e jour.

En 1938, il aurait eu une « crise de foie »... mais va très bien et pèse 22 kgs.

XIV

OBSERVATION 2

ALBUMINURIE SURVENUE AU SEPTIÈME MOIS. — APPARITION SECONDAIRE D'UNE HYPERTENSION MODÉRÉE. — DÉCLANCHEMENT MÉDICAMENTEUX DU TRAVAIL VINGT JOURS AVANT TERME. — SUITES SATISFAISANTES.

Service du P^r Voron, 1934 ; 332. P..., 24 ans, primigeste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Eczéma infantile. Perte de l'œil droit dont l'origine est difficile à préciser.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 26 juin 1933. A.P. : 6 avril 1934.

Au début du septième mois, alors que la gestation avait été bien supportée, on constate l'existence d'un disque d'albumine dans les urines et de petits œdèmes malléolaires.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 26 FÉVRIER 1934.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de 7 mois $\frac{1}{2}$, fœtus mobile, B.C. perçus.

Du point de vue médical :

L'examen somatique serait négatif, n'était l'existence d'un point douloureux à la pression de la fosse lombaire droite.

On note :

Albumine : 0,15 ‰.

T.A. : 13/7,5.

Coef. de Maillard : 56.

Diurèse : plus de 1.000 gr.

Urée sanguine : 0,44.

L'examen cytologique révèle l'existence d'un peu de pus dans les urines.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

Le 10 mars, malgré l'hospitalisation, la T.A. est à 17,5/10, la diurèse restant excellente (2.000 gr.).

Le 12 mars, les urines sont claires, il n'existe toujours pas d'œdèmes, mais l'albumine est de 1,20 ‰.

Le 15 mars, devant la persistance de l'albuminurie, le fœtus étant en présentation du sommet fixée, on décide l'interruption de la grossesse.

ACCOUCHEMENT : *Vingt jours avant terme*, mise en jeu de la méthode de Hauch.

Déclanchement du travail le jour même.

Durée du travail : 7 h. 30.

Expulsion spontanée d'une fille de 2.100 gr. de vitalité satisfaisante, qui, examinée par le Dr Péhu, ne présente aucune anomalie.

Délivrance spontanée, le placenta pèse 440 gr.

SUITES : *Du point de vue puerpéral* : Subfébriles la première semaine.

Du point de vue médical : le douzième jour, au moment de la sortie, on note encore l'existence de traces d'albumine, et les urines prélevées donnent lieu au développement de colibacilles.

La T.A. est de 14/8.

L'urée sanguine de 0,49 ‰.

Au début d'octobre, 6 mois après, la malade déclare avoir conservé de l'albumine pendant 3 mois, mais l'examen à ce moment est entièrement négatif.

L'enfant, à l'allaitement mixte, présente un développement des plus satisfaisants ; pesant 2.200 gr. le *onzième jour*. En 1938, son comportement est normal.

XV

OBSERVATION 3

ALBUMINURIE ET HYPERTENSION APPARUES A LA DATE DU TERME PRÉVU. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL PAR BOUGIE DE TRILLAT TROIS JOURS APRÈS. — SUITES EXCELLENTES.

Service du Dr Trillat, 1934 ; 376. C..., 39 ans, VI^e geste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Aucun élément suspect n'est à retenir.

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX.

Cinq grossesses antérieures, la seconde a été marquée par une pyélonéphrite gravidique pour laquelle un accouchement

prématuré provoqué fut nécessaire ; les 4 autres se sont terminés spontanément à terme.

Des cinq enfants, trois sont vivants, l'un est mort à l'âge de un mois (il s'agissait du prématuré), un autre a succombé à une mastoïdite tuberculeuse.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 3 juin 1933. A.P. : 13 mars 1934.

La malade a suivi régulièrement les consultations prénatales ; *le jour du terme prévu*, on découvre pour la première fois un disque d'albumine dans les urines.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 13 MARS 1934.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse à terme (hauteur utérine : 34 cm.). Fœtus vivant, en présentation du sommet.

Du point de vue médical :

L'examen somatique est négatif.

On note simplement :

Un gros disque d'albumine dans les urines.

T.A. : 16/11.

Wassermann négatif dans le sang.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

Mise au repos et au régime lacté pendant trois jours, la malade ne présente aucune amélioration.

ACCOUCHEMENT : *Le 16 mars*, mise en place d'une bougie de Trillat.

Durée du déclanchement : 2 heures.

Durée du travail : 5 h. 15.

Expulsion spontanée, après rupture artificielle de la poche des eaux, d'un garçon de 3.600 gr.

Délivrance spontanée, le placenta pèse 750 gr.

SUITES : *Du point de vue puerpéral* : aucun incident.

Du point de vue médical : Disparition de l'albumine en 48 heures, mais apparition fugace d'un syndrome de sciatique avec légère température qui ne retarde pas la sortie de la malade.

L'enfant, à l'allaitement mixte pèse 3.750 gr. le dixième jour.

En février 1936, deux ans après, son développement est normal.

XVI

OBSERVATION 4

ALBUMINURIE AVEC HYPERTENSION MASSIVE ET RÉTINITE. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL PAR MOYENS MÉDICAMENTEUX. — MORT DE L'ENFANT. — SUITES MATERNELLES SATISFAISANTES.

Service du Dr Rhenter, 1935 ; 262. T..., 36 ans, V^e geste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Aucun élément suspect n'est signalé.

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX.

La malade ne peut préciser si elle a eu ou non de l'albumine au cours des 4 grossesses précédentes qui se sont terminées par des accouchements spontanés, en 1923-1925-1928 et 1929.

Les 4 enfants sont actuellement vivants.

GROSSESSE ACTUELLE : Il est impossible de faire préciser la date des dernières règles.

L'affection a débuté le 25 février par des céphalées frontales coïncidant avec une baisse très nette de l'acuité visuelle.

Le 2 mars, on note :

Présence d'albumine dans les urines.

T.A. maxima : 18,5.

Le Dr Bussy note l'existence d'une *rétinite bi-latérale intense* avec grands placards blancs et petites hémorragies ; on hospitalise immédiatement la malade.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 3 MARS 1925.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse d'environ 8 mois, présentation du sommet mobile, B.C. perçus.

Du point de vue médical :

On retient de l'examen général, en dehors des signes fonctionnels, une tachycardie prononcée à 120.

Par ailleurs, on note :

Albuminurie : 0,70 ‰.

T.A. : 22/13.

Coef. de Maillard : 7,8.

Urée sanguine : 0,48 ‰.

En raison de la rétinite, on décide d'interrompre immédiatement la grossesse.

ACCOUCHEMENT : Le 5 mars 1935, mise en jeu de la méthode de Hauch.

Durée du déclanchement : 1 h. 15.

Durée du travail : 1 h. 10.

Expulsion spontanée d'un garçon de 1.770 gr. porteur de pieds-bots.

Délivrance spontanée, le placenta pèse 220 gr.

SUITES : *Du point de vue puerpéral :* excellentes.

Du point de vue médical : La malade s'améliore très rapidement et le seizième jour, on note :

T.A. : 17/10.

Albuminurie : traces.

L'enfant meurt à la trente septième heure.

XVII

OBSERVATION 5

ALBUMINURIE AVEC HYPERTENSION MODÉRÉE APPARUE AU SEPTIÈME MOIS. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL PAR PROCÉDÉ MÉDICAMENTEUX AU VOISINAGE DU TERME.

Service du P^r Voron, 1935 ; 589. R..., 23 ans, primigeste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Aucun élément suspect n'est retenu.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 12 août. A.P. : 22 mai.

La grossesse a été bien supportée au cours des 6 premiers mois.

Au septième mois, sont apparus des œdèmes des membres inférieurs et une albuminurie pour lesquels la malade a été mise au repos et à un régime sévère.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 6 MAI 1935.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de 8 mois $\frac{1}{2}$, fœtus en présentation du sommet fixée, B.C. perçus.

Du point de vue médical :

Les œdèmes qui avaient été signalés il y a deux mois ont disparu sous l'influence du régime et du repos. Par contre, on note :

Albuminurie : 4 gr. ‰.

T.A. : 18/11,5.

Urée sanguine : 0,56 ‰.

Wassermann : négatif.

Cytologie urinaire : présence de cylindres hyalins.

On décide de déclancher l'accouchement.

ACCOUCHEMENT : *Le 15 mai*, mise en jeu de la méthode de Hauch.

Déclanchement du travail le jour même.

Durée du travail : 26 h. 30.

Expulsion spontanée d'un garçon de 2.450 gr.

Délivrance spontanée, le placenta pèse 480 gr. et ne présente pas d'altération.

SUITES : *Du point de vue puerpéral* : aucun incident.

Du point de vue médical : Abaissement brusque du taux de l'albumine dès le lendemain de l'accouchement.

A la sortie, au douzième jour, on note la persistance de traces d'albumine et une T.A. à 14,5/7, avec une diurèse de 1.200 gr.

En 1938. La malade écrit avoir eu deux enfants par la suite, avec apparition, au cours des 2 grossesses, d'albuminurie un mois avant terme mais sans accidents.

L'enfant, allaité par sa mère, est en excellent état et pèse 2.570 gr. le dixième jour. A 1 an, il pèse 9 kilos. A 3 ans, il pèse 14 kilogs et va très bien.

NÉPHROPATHIES GRAVIDIQUES DE TYPE MIXTE

XVIII

OBSERVATION 1

ALBUMINURIE AVEC ŒDÈMES, RÉTENTION AZOTÉE ET LÉGÈRE HYPERTENSION CHEZ UNE SYPHILITIQUE. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL PAR BOUGIE DE KRAUSE 10 JOURS AVANT TERME. — SUITES EXCELLENTES.

Service du Pr Voron, 1930 ; 103. B..., 18 ans, primigeste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Syphilis acquise à l'âge de 13 ans, sans aucun traitement depuis.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 26 avril. A.P. : 6 février.

C'est à la consultation prénatale du service que l'on découvre, au début du neuvième mois, une albuminurie accompagnée d'œdèmes, mais n'ayant donné jusqu'à maintenant aucun signe fonctionnel.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 14 JANVIER 1930.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de 8 mois, fœtus vivant en présentation du sommet.

Du point de vue médical :

On note des œdèmes localisés aux membres inférieurs et à la face :

Par ailleurs :

Albuminurie : 0,50 ‰.

T.A. : 14/8.

Urée sanguine : 0,41 ‰.

Wassermann très positif.

Coef. de Maillard : 14,75.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

Malgré le repos et le régime, on note le 24 janvier :

Albuminurie : 2 gr. 50 ‰.

Urée sanguine : 1,10 ‰.

T.A. : 15/9.

La diurèse est satisfaisante à 1.100 gr., mais les œdèmes persistent.

On décide d'interrompre la gestation.

ACCOUCHEMENT : Le 27 janvier, mise en place d'une bougie de Krause.

Durée du déclanchement : 3 heures, les membranes se sont rompues une demi-heure après l'introduction de la bougie.

Durée du travail : 6 h. 40.

Expulsion spontanée d'un garçon vigoureux de 2.920 gr.

Délivrance spontanée, le placenta pèse 600 gr. et ne présente pas d'altération.

SUITES : *Du point de vue puerpéral* : aucun incident

Du point de vue médical : L'albuminurie diminue progressivement jusqu'au dixième jour, où elle ne persiste que sous forme de traces, expliquée d'ailleurs par une légère pyurie coexistante.

La T.A. est à 12/7 le lendemain de l'accouchement, à 11,5/7 trois semaines après.

L'urée sanguine est à 0,30 le troisième jour.

L'enfant, allaité par sa mère, pèse 2.860 gr. le onzième jour.

XIX

OBSERVATION 2

ALBUMINURIE AVEC ŒDÈMES ET HYPERTENSION. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL A TERME PAR BOUGIE DE KRAUSE. — DÉPART PRÉMATURÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT NE PERMETTANT PAS D'APPRÉCIER LES SUITES.

Service du Dr Trillat, 1931 ; 708. T..., 40 ans, V^e geste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Rien n'est signalé.

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX.

Accouchements spontanés à terme en 1911, 1914 et 1921.

Avortement à 2 mois en 1919.

Trois enfants vivants.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 13 juin. A.P. : 23 mars.
La malade entre dans le service le terme étant dépassé.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 25 MARS.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse à terme, fœtus vivant en présentation du siège.

Du point de vue médical :

On note l'existence d'œdèmes très prononcés, remontant des membres inférieurs jusqu'à la région sus-pubienne.

Par ailleurs :

Albuminurie : 0 gr. 30 ‰.

T.A. : 16,5/11,5.

Urée sanguine : 0 gr. 43 ‰.

Diurèse : 1 litre.

La cytologie urinaire montre de nombreuses cellules endothéliales, quelques cellules rénales et une flore microbienne variée.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

Mise à un régime lacto-végétarien déchloruré, la malade ne présente pas d'amélioration immédiate.

L'albuminurie passe à 4 gr.

La T.A. à 20/13.

La diurèse est stationnaire.

Le fœtus est en siège décomplété mode des fesses ; on décide cependant de provoquer l'accouchement.

ACCOUCHEMENT : *Le 31 mars*, mise en place d'une bougie de Krause (la rupture des membranes n'aura lieu que 2 h. avant la dilatation complète).

Durée du déclanchement : 48 heures.

Durée du travail : 13 heures.

Une petite extraction du siège permet d'extraire une fille de 3.720 gr., étonnée, que l'on ranime rapidement.

Délivrance spontanée, le placenta, qui présente quelques infarctus blancs, pèse 850 gr.

SUITES : *Du point de vue puerpéral* : Température subfébrile pendant 5 jours.

Du point de vue médical : On note quelques céphalées dans les suites de couches.

Les premiers jours, la T.A. reste élevée à 16,5/11, mais la malade quittant le service prématurément, malgré les conseils qui lui sont donnés, aucun examen plus approfondi ne permet d'apprécier exactement l'évolution de l'affection.

L'enfant, allaité par sa mère, a regagné son poids de naissance au cinquième jour.

XX

OBSERVATION 3

ALBUMINURIE AVEC ŒDÈMES ET HYPERTENSION. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL PAR BOUGIE DE KRAUSE TROIS SEMAINES AVANT TERME. — PYÉLITE DES SUITES DE COUCHES. — SUITES SATISFAISANTES PAR AILLEURS.

Service du Dr Trillat, 1931 ; 1745. M..., 39 ans, III^e geste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Aucun élément suspect n'est à retenir.

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX.

Accouchement spontané à terme, en 1921 et 1924.

La malade n'a pas présenté d'albuminurie au cours de ses deux premières grossesses.

Des deux enfants, l'un est vivant, l'autre est mort à 4 ans de méningite tuberculeuse.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 14 décembre 1930. A.P. : 24 septembre 1931.

La grossesse a été bien supportée pendant les huit premiers mois. *Au début du neuvième mois*, apparition d'œdèmes et d'une albuminurie très importante à 4 gr. le 20 août.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 3 SEPTEMBRE 1931.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de 8 mois, fœtus vivant en présentation du sommet.

Du point de vue médical :

L'examen somatique est négatif, on retient seulement la présence d'œdèmes des membres inférieurs.

Albuminurie : 2 gr. 50 ‰.

T.A. : 17,5/11,5.

Urée sanguine : 0,40 ‰.

Wassermann : négatif.

Sans attendre l'évolution ultérieure de l'affection, on décide, en raison de l'albuminurie massive qui date de 2 semaines, d'interrompre la gestation.

ACCOUCHEMENT : Le 3 septembre, mise en place d'une bougie de Krause ; les membranes ne se rompent que 23 h. après.

Durée du déclanchement : 13 h.

Durée du travail : 11 h. 30.

Expulsion spontanée d'une fille vigoureuse de 2.530 gr.

Délivrance spontanée, le placenta pèse 450 gr. et présente quelques infarctus.

SUITES : *Du point de vue puerpéral* : aucun incident.

Du point de vue médical : La température s'élève à 39°3 le cinquième jour après un premier clocher à 39° le troisième jour. Elle redevient tout à fait normale dès la fin de la première semaine. Cet épisode doit être rapporté à une pyélite qui est vérifiée par la présence de pus dans les urines.

Parallèlement, il persiste une albuminurie qui, au départ, le quinzième jour, se traduit encore par un petit disque dans les urines.

La T.A. baisse progressivement, elle est à 14/9,5 le quinzième jour.

L'enfant, allaité en partie par sa mère, pèse 2.600 gr. le dixième jour.

XXI

OBSERVATION 4

ALBUMINURIE AVEC GEDÈMES ET HYPERTENSION APPARUE AU SEPTIÈME MOIS. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL 25 JOURS AVANT TERME PAR BOUGIE DE KRAUSE. — ENFANT IMPOSSIBLE À RANIMER. — PERSISTANCE DE L'ALBUMINURIE À LA SORTIE.

Service du Dr Trillat, 1931 ; 2342. P..., 42 ans, primigeste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Rougeole dans l'enfance.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 7 avril. A.P. : 17 janvier.

Gestation bien supportée jusqu'au milieu du huitième mois. Le 29 novembre, on découvre de l'albumine dans les urines.

EXAMEN À L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 8 DÉCEMBRE.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de 8 mois, le fœtus vivant semble peu développé.

Du point de vue médical :

L'examen somatique serait négatif n'était la constatation d'œdèmes aux membres inférieurs.

Par ailleurs :

Albumine : 2 gr.

T.A. 18/10 avec tension moyenne de 15.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

Mise à la diète hydrique et au chloral, la malade ne semble pas s'améliorer.

Le 18 décembre, on note :

Albuminurie : 2 gr. 75.

T.A. : 16/11.

Le 20 décembre, l'albuminurie passe à 8 gr.

On décide d'interrompre la gestation.

ACCOUCHEMENT : Le 23 décembre, mise en place d'une bougie de Krause (la rupture spontanée des membranes aura lieu 27 heures après).

Durée du déclanchement : 12 heures.

Durée du travail : 36 heures ; on termine par une application de forceps qui permet d'extraire une fille de 1.850 gr. en état de mort apparente, avec quelques battements cardiaques, qu'on ne parvient pas à ranimer.

Délivrance spontanée, le placenta pèse 270 gr. et présente quelques infarctus.

SUITES : *Du point de vue puerpéral* : Température fébrile apparaissant le 5^e jour, et durant une semaine (*endométrite probable*).

Du point de vue médical : Au 19^e jour après l'accouchement survient un épisode grippal avec température au voisinage de 38 malgré laquelle la malade quitte le service. A ce moment, l'albuminurie persiste à 2 gr. 50 et la T.A. est de 12/6.

XXII

OBSERVATION 5.

ALBUMINURIE AVEC CÉDÈMES, SIGNES DE PRÉÉCLAMPSIE ET HYPERTENSION. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL A TERME PAR BOUGIE DE KRAUSE. — SUITES MÉDIOCRES.

Service du Dr Trillat, 1932 ; 89. P..., 27 ans, II^e geste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Rien à signaler. La malade précise qu'elle n'a jamais eu la scarlatine.

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX.

Un avortement à 5 mois en 1927.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 3 avril. A.P. : 13 janvier.

Le début de la gestation a été marqué par des vomissements bilieux.

Au milieu du *neuvième mois*, on découvre un disque d'albumine.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 22 DÉCEMBRE 1932.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de 8 mois $\frac{1}{2}$, fœtus en présentation du sommet amorcée, B.C. perçus.

On retient l'existence d'un bassin un peu généralement rétréci.

Du point de vue médical :

La malade se plaint de céphalées, de vertiges et présente depuis quelques jours des épistaxis tous les matins.

Elle a, en outre, des œdèmes très marqués aux membres inférieurs.

On note :

Albumine : un gros disque.

T.A. : 13/8.

Wassermann : négatif.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

Malgré la diète hydrique, l'albuminurie augmente progressivement.

Le 14 janvier :

Albumine : 7 gr. ‰.

T.A. : 17/10.

Le fœtus est en présentation du sommet fixée.

On décide d'interrompre la gestation.

ACCOUCHEMENT : *Le 14 janvier*, mise en place d'une bougie de Krause.

Durée du déclanchement : 3 heures.

Durée du travail : 5 h. 30.

Après ablation de la bougie et rupture artificielle des membranes, expulsion spontanée d'une fillette vigoureuse de 3.000 gr.

Délivrance spontanée, le placenta pèse 700 gr.

SUITES : *Du point de vue puerpéral* : Température à 38°, une seule fois, le surlendemain de l'accouchement.

Du point de vue médical : La malade reste aux potages et au lait pendant toute la durée de son séjour.

Cependant, il existe encore 10 gr. ‰ d'albumine le lendemain de l'accouchement et un disque très net, à la sortie, le onzième jour.

La T.A. est à 15/9 à la fin de la première semaine.

L'enfant, allaité par sa mère, pèse 2.870 gr. le dixième jour.

XXIII

OBSERVATION 6

ALBUMINURIE IMPORTANTE AVEC HYPERTENSION ET ŒDÈMES DÉCELÉE AU COURS DU DERNIER MOIS DE LA GESTATION. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL DIX JOURS AVANT TERME PAR DÉCOLLEMENT DU PÔLE INFÉRIEUR DE L'ŒUF APRÈS ÉCHEC DES MOYENS MÉDICAMENTEUX. — MORT DE L'ENFANT AU TROISIÈME JOUR. — ÉVOLUTION ULTÉRIEURE D'UNE ALBUMINURIE RÉCIDIVANTE (Obs. XXXV).

Service du P^r Voron, 1933 ; 365. G..., 25 ans, primigeste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Rougeole à 11 ans.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 11 juin 1932. A.P. : 30 avril 1933.

La malade est hospitalisée en raison d'une grosse albuminurie n'ayant pas entraîné de signes fonctionnels jusqu'à ce jour.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 19 AVRIL 1933.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse au voisinage du terme, fœtus vivant en présentation du sommet.

Du point de vue médical :

On note en plus d'œdèmes malléolaires :

Gros disque d'albumine dans les urines.

T.A. : 15/10.

Wassermann : négatif dans le sang.

Sans attendre d'amélioration par un traitement médical, on décide d'interrompre la grossesse, le terme étant proche.

ACCOUCHEMENT : Le 20 avril, mise en jeu de la méthode de Hauch : échec.

Le 21 avril, décollement du pôle inférieur de l'œuf.

Déclanchement du travail le jour même.

Durée du travail : 16 h. 35 ; au cours de celui-ci, le liquide amniotique devient verdâtre et la température monte à 39°7.

Expulsion spontanée d'une fille de 2.850 gr., flasque, qu'on est obligé de ranimer par des frictions.

Délivrance spontanée, le placenta pèse 430 gr.

SUITES : *Du point de vue puerpéral* : excellentes.

Du point de vue médical : Le quatrième jour, la T.A. diminue à 13/7 et le huitième jour à 12/6,5.

Le onzième jour, à la sortie il persiste une albuminurie de 0,10.

L'année suivante, nouvelle grossesse (voir obs. XXXV).

L'enfant a rapidement présenté un état de contracture permanente avec convulsions intermittentes surajoutées. Une ponction lombaire a ramené du sang. Il meurt le troisième jour, et à l'autopsie, on découvre l'existence d'une hémorragie intra-cranienne située sous la tente du cervelet.

XXXIV

OBSERVATION 7

ALBUMINURIE AVEC OEDÈMES ET HYPERTENSION APPARUE AU COURS DU NEUVIÈME MOIS. — MALFORMATION VAGINALE MALGRÉ LAQUELLE ON DÉCLANCHE LE TRAVAIL UNE SEMAINE AVANT TERME PAR INTRODUCTION SUCCESSIVE DE TROIS BOUGIES DE TRILLAT. — TRAVAIL LONG TERMINÉ PAR UNE APPLICATION DE FORCEPS. — SHOCK OBSTÉTRICAL MORTEL. — ENFANT VIVANT.

Service du Dr Trillat, 1935 ; 1017. B..., 25 ans, primigeste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Bonne santé habituelle ; la malade précise qu'elle n'a pas eu la scarlatine.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 5 décembre. A.P. : 15 septembre.

La malade a été suivie régulièrement au cours de sa grossesse ; il n'existait pas d'albuminurie, les 13 et 20 août.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 31 AOUT.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de 8 mois $\frac{1}{2}$, excès de liquide, fœtus vivant, en présentation du sommet fixée.

Du point de vue médical :

La malade qui est adressée dans le service à la suite de l'apparition récente d'une albuminurie importante présente de gros œdèmes des membres inférieurs et une ébauche de galop à l'auscultation cardiaque.

On note :

Albuminurie : 1 gr.

T.A. : 17,5/11 avec tension moyenne de 12,5.

Urée sanguine : 0,20.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

Malgré le régime, l'albuminurie monte le cinquième jour à 2 gr. 25.

En examinant la malade, on s'aperçoit de l'existence d'un *diaphragme vaginal pré-cervical*, cloisonnant la cavité vaginale en deux loges, l'une antérieure, l'autre postérieure ; on

décide cependant d'interrompre la grossesse et de provoquer l'accouchement par voie basse.

ACCOUCHEMENT : Le 4 septembre, après incision du diaphragme vaginal, on introduit une première bougie qui est expulsée rapidement et remplacée par une seconde. Au bout de 48 h., cette dernière est expulsée à son tour. On en introduit une troisième.

Durée du déclanchement : 8 h. après l'introduction de la troisième bougie.

Durée du travail : 16 heures ; 7 heures après le début des douleurs, les membranes se rompent, la température est à 38°, elle monte bientôt à 39°2 ; on effondre alors la cloison vaginale sous anesthésie générale et on enlève la bougie.

On termine par une application de forceps facile qui permet d'extraire une fille de 2.350 gr. qui naît étonnée.

Délivrance spontanée, le placenta pèse 380 gr.

On note, dans son épaisseur, de très nombreux infarctus, et à sa surface, en son centre, une cupule contenant un caillot ; 680 gr. de caillots sont expulsés après le délivre.

SUITES : La révision du vagin montre une dilascération de sa paroi postérieure, et une heure après l'accouchement apparaît un état de shock très marqué qui s'améliore un peu pour s'aggraver très rapidement ensuite.

Deux heures après l'accouchement, l'expression de l'utérus entraîne l'expulsion d'un caillot de 470 gr.

Trois heures après l'accouchement, la malade meurt.

Son autopsy permet de constater que l'utérus est intact.

L'enfant est vivant à sa sortie du service, 48 h. après sa naissance. A l'âge de trois ans : enfant superbe.

XXV

OBSERVATION 8

ALBUMINURIE AVEC ŒDÈME APPARUE AU HUITIÈME MOIS ET S'ACCOMPAGNANT D'UNE HYPERTENSION MODÉRÉE. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL PAR BOUGIE DE TRILLAT UN MOIS AVANT TERME. — SUITES IMMÉDIATES SATISFAISANTES, MALGRÉ UNE POUSSÉE DE PYÉLITE. — ÉVOLUTION ULTÉRIEURE CHEZ LA MÈRE D'UNE NÉPHRITE CHRONIQUE HYPERAZOTÉMIQUE.

Service du Dr Trillat, 1937 ; 151. D..., 32 ans, primigeste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Rougeole et coqueluche dans l'enfance.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 28 mai. A.P. : 8 mars.

On note l'apparition d'œdèmes des membres inférieurs au cours du huitième mois, mais à ce moment, il n'existe pas d'albumine dans les urines. C'est au début du neuvième mois. qu'on en constate pour la première fois.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 6 FÉVRIER 1937.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de 8 mois, fœtus vivant, en présentation du sommet.

Du point de vue médical :

L'examen est négatif ; on relève simplement des œdèmes des membres inférieurs.

On note :

Albuminurie : 1 gr. ‰.

T.A. : 16,5/10.

Urée sanguine : 0,23 ‰.

Coef. de Maillard : 4,80.

Diurèse : 1.000 gr.

Wassermann : négatif.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

Malgré le régime lacté-déchloruré, l'albuminurie atteint 2 gr. le troisième jour après l'hospitalisation et la diurèse diminue à 800 gr.

On décide, d'interrompre la grossesse.

ACCOUCHEMENT : Le 9 février, mise en place d'une bougie de Trillat.

Durée du déclanchement : 5 heures.

Durée du travail : 17 h. 30.

Après rupture artificielle des membranes, expulsion spontanée d'une fille de 2.350 gr.

Délivrance spontanée, le placenta pèse 430 gr.

SUITES : *Du point de vue puerpéral :* aucun incident

Du point de vue médical : La diurèse atteint rapidement 2 puis 3 litres, les œdèmes disparaissent.

A la sortie, le vingtième jour, il n'existe pas d'albumine et la T.A. est à 12/7,5.

Durant les suites de couches, on a noté un épisode de pyélite avec pyurie ayant débuté le cinquième jour et ayant cédé à l'injection d'une série d'ampoules d'auto-vaccin.

En 1938, une néphrite chronique avec hyperazotémie s'est installée chez la mère.

L'enfant est allaité artificiellement, il présente un excellent développement et pèse 2900 gr. le vingtième jour.

A 9 mois. Premières dents. — A 1 an. Premiers pas. — Le 27-10-38, il pèse 11 kgs 500 et a 13 dents.

XXVI

OBSERVATION 9

ALBUMINURIE AVEC ŒDÈMES ET HYPERTENSION MODÉRÉE APPARUE AU CINQUIÈME MOIS. — DÉCLANÇEMENT DU TRAVAIL PAR BOUGIE DE TRILLAT 23 JOURS AVANT TERME. — SUITES EXCELLENTES.

Service du Dr Trillat, 1937 ; 370. M..., 26 ans, III^e geste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Rien n'est signalé.

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX.

En 1934, accouchement prématuré spontané à 8 mois.

En 1935, accouchement spontané à terme.

Au cours de ces 2 premières grossesses aucune albuminurie n'a été relevée.

Les deux enfants sont vivants.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 18 juillet. A.P. : 27 avril

La grossesse a été bien supportée au cours des premiers mois.

Au sixième mois, le 9 janvier, on constate un disque d'albumine ; le 20 février, l'albumine persiste.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 2 AVRIL 1937.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de 8 mois, fœtus vivant en présentation du sommet.

Du point de vue médical :

On relève des œdèmes importants aux membres inférieurs, et par ailleurs :

Albuminurie : 3 gr.

T.A. : 15/10.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

Le 4 avril, 48 heures après l'admission, malgré le régime lacté et le repos, les œdèmes se sont accentués remontant jusqu'à la paroi abdominale, l'albumine a augmenté à 5 gr., seule la T.A. est restée stationnaire.

On décide d'interrompre la grossesse.

ACCOUCHEMENT : *Le 4 avril*, mise en place d'une bougie de Trillat.

Durée du déclanchement : 5 h. 30.

Durée du travail : 2 h. 45.

Expulsion spontanée d'un garçon vivant de 2.100 gr. après rupture artificielle des membranes.

Délivrance spontanée, placenta de 680 gr.

SUITES : *Du point de vue puerpéral* : apyrétiques.

Du point de vue médical : L'albuminurie tombe à 0,90 le dixième jour pour disparaître complètement le vingtième.

Le vingtième jour, à la sortie, la T.A. est à 10/6.

En 1938, la malade déclare se porter très bien.

L'enfant, allaité par sa mère, pèse 2.050 gr. le 20^e jour.

Il meurt à 8 mois à l'hôpital Debrousse.

ALBUMINURIES GRAVIDIQUES RÉCIDIVANTES AVEC MORT HABITUELLE DU FŒTUS

XXVII

OBSERVATION 1

MORT HABITUELLE DU FŒTUS. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL PAR BOUGIE DE KRAUSE 15 JOURS AVANT TERME. — SUITES EXCELLENTES.

Service du P^r Voron, 1928 ; 163. R..., 33 ans, III^e geste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Aucun élément suspect n'est signalé.

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX.

Deux grossesses, toutes les deux marquées par de l'albuminurie et de l'éclampsie, avec mort des 2 enfants « in utero ».

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 24 mai. A.P. : 4 mars.

La malade soigneusement suivie en raison de ses antécédents ne présente pas d'albuminurie jusqu'à son hospitalisation.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 6 JANVIER 1928.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de 7 mois, petit fibrome situé sur la moitié gauche de la face antérieure de l'utérus, fœtus vivant en présentation du sommet.

Du point de vue médical :

Examen général négatif, pas d'albuminurie, réaction de Wassermann négative dans le sang.

DÉBUT DE L'AFFECTION.

Au cours de son hospitalisation prophylactique, la malade présente brusquement une albuminurie nette le 5 février. Cette albuminurie devient rapidement massive et s'aggrave avec rapidité malgré le régime.

On décide, une semaine après son apparition, d'interrompre la grossesse.

ACCOUCHEMENT : Le 14 février, mise en place d'une bougie de Krause, les membranes ne se rompent que huit heures trente après.

Durée du déclanchement : 2 heures.

Durée du travail : 7 h. 25.

Expulsion spontanée d'une fille vigoureuse de 2.560 gr.

Délivrance spontanée, le placenta qui pèse 420 gr. présente plusieurs infarctus blancs, indurés et une petite cupule contenant un caillot adhérent.

SUITES : *Du point de vue puerpéral* : excellentes.

Du point de vue médical : Disparition de l'albuminurie en 3 jours.

L'enfant, à l'allaitement mixte, pèse 2.710 gr. le vingt-quatrième jour. Le 2-11-38, à l'âge de 10 ans, elle se porte très bien et pèse 31 kilogs.

XXVIII

OBSERVATION 2

MORT HABITUELLE DU FŒTUS. — ALBUMINURIE INTERMITTENTE DEPUIS LE CINQUIÈME MOIS. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL PAR BOUGIE DE KRAUSE HUIT JOURS AVANT TERME. — SUITES EXCELLENTES.

Service du P^r Voron, 1930 ; 467. V..., 39 ans, III^e geste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Scarlatine à l'âge de 9 ans.

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX. -

En 1926, et en 1928, accouchements de mort-nés, le second présentant des signes de macération, tous deux à l'issue d'une grossesse au cours de laquelle on avait relevé de l'albuminurie.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 5 août. A.P. : 15 mai.

La malade dont l'état général est bon présente cependant une albuminurie intermittente depuis le cinquième mois.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 7 MAI.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de 8 mois $\frac{1}{2}$, utérus de volume normal, fœtus vivant en présentation du sommet amorcée.

Du point de vue médical :

On note la présence de pseudo-albumine dans les urines.

T.A. : 9/7 (?)

Coef. de Maillard : 6,26.

Wassermann : négatif.

Aucun œdème.

En égard à la notion de mort habituelle du fœtus, on décide d'interrompre la grossesse.

ACCOUCHEMENT : Le 7 mai, on introduit en même temps dans l'utérus 2 bougies de Krause, les membranes se rompent plus de 5 heures après.

Déclanchement du travail : le jour même.

Durée du travail : 6 heures.

Expulsion spontanée d'un garçon de 3 kgs 400.

Délivrance spontanée, à l'examen le placenta paraît incomplet.

Une révision utérine permet de ramener quelques débris cotylédonaux.

SUITES : *Du point de vue puerpéral :* parfaites.

Du point de vue médical : Excellentes, départ au 9^e jour.

L'enfant présente tout d'abord une courbe de poids assez médiocre, quoique allaitée par sa mère, il ne pèse que 3.310 gr. le neuvième jour.

Il a cependant par la suite un développement très satisfaisant. *En octobre 1938*, âgé de huit ans, il va tout à fait bien.

ALBUMINURIES GRAVIDIQUES RÉCIDIVANTES SANS NOTION DE MORT HABITUELLE DU FŒTUS

XXIX

OBSERVATION 1

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ SPONTANÉ A LA SUITE D'UNE PREMIÈRE ATTEINTE D'ALBUMINURIE GRAVIDIQUE. — A LA SECONDE GESTATION, SYNDROME D'ALBUMINURIE AVEC HYPERTENSION. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL PAR BOUGIE DE KRAUSE DIX-HUIT JOURS AVANT TERME. — SUITES PARFAITES.

Service du P^r Voron, 1930 ; 1276. C..., 23 ans, II geste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Rien n'est signalé.

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX.

En 1927, au cours d'une première grossesse, la malade a déjà fait un séjour dans le service pour albuminurie. Cette grossesse s'est terminée par un accouchement prématuré spontané. Une application de forceps avait permis d'extraire un enfant vivant.

L'albuminurie a persisté pendant 6 mois après cet accouchement.

L'enfant est mort à l'âge de 9 mois avec des phénomènes méningés.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 12 mars 1930. A.P. : 22 déc. 1930.

La malade qui a été suivie régulièrement aux consultations prénatales du service ne présente pas d'albumine le 7 novembre.

Le 21 novembre, elle se plaint de souffrir depuis une semaine de maux de tête et de douleurs au niveau des lombes et du bas ventre et on constate l'existence d'un disque d'albumine dans les urines.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 21 NOVEMBRE 1930.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de huit mois, fœtus vivant en présentation du sommet.

Du point de vue médical :

La malade ne présente pas d'œdèmes.

L'examen somatique ne décèle aucune anomalie évidente.

On note :

Albuminurie : 1,05 ‰.

T.A. : 15,5/10.

Coef. de Maillard : 4,85.

Urée sanguine : 0,59 ‰.

Diurèse : satisfaisante.

Wassermann : négatif dans le sang.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

Malgré les soins et le régime :

L'albuminurie se maintient à 1 gr. ‰.

La T.A. à 17,5/12,5.

L'urée à 0,59 ‰.

Le 1^{er} décembre, le fœtus semblant volumineux et les signes rénaux persistants, on décide d'interrompre la grossesse.

ACCOUCHEMENT : Le 4 décembre, mise en place d'une bougie de Krause, les membranes se rompent 2 h. 20 après.

Durée du déclanchement : 1 heure.

Durée du travail : 2 heures.

Expulsion spontanée d'un garçon vigoureux de 3.900 gr.

Délivrance spontanée, le placenta pèse 670 gr.

SUITES : *Du point de vue puerpéral* : bonnes.

Du point de vue médical : La malade s'améliore rapidement.

Le lendemain de l'accouchement, la T.A. est à 16/8.

Au dixième jour, on note :

T.A. : 13,5/8,5.

Albumine : 0,10.

Urée sanguine : 0,35.

L'enfant allaité par sa mère, présente un développement satisfaisant et pèse 3.780 gr. le dixième jour.

XXX

OBSERVATION 2

ALBUMINURIE RÉCIDIVANTE S'AGGRAVANT A PARTIR DU SIXIÈME MOIS.

— DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL PAR BOUGIE DE KRAUSE AU VOISINAGE DU TERME. — SUITES SATISFAISANTES.

Service du Dr Rhenter 1931 ; 1216. T..., 29 ans, IV^e geste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Rien n'est signalé.

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX.

— Première grossesse en 1925, au cours de laquelle on a constaté de l'albuminurie, mais avec accouchement spontané à terme.

— Deuxième accouchement spontané à terme en 1930.

Une fausse couche de 2 mois $\frac{1}{2}$ en 1926.

Des 2 enfants, l'un est mort d'une méningite à un mois, le second est vivant.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 28 février. A.P. : 8 décembre.

— Au cours des différents examens prénataux, on a toujours trouvé un disque d'albumine dans les urines.

En juin, on note :

T.A. : 13/7,5.

Urée sanguine : 0,62 ‰.

Coef. de Maillard : 4.

En septembre,

T.A. : 16/9.

Urée sanguine : 0,75 ‰.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 5 OCTOBRE.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de 7 mois, fœtus vivant en présentation du sommet, amorcée.

Du point de vue médical :

Malade se plaignant de céphalées violentes et de douleurs lombaires.

Albuminurie : 1 gr. 50 ‰.

T.A. : 16/9.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

Régime strict avec potages et lait seulement.

Le 20 octobre,

Urée : 0,25 ‰ dans le sang.

Albumine : 0,75 ‰ dans les urines.

T.A. : 15,5/8.

Fin novembre, le régime a fait baisser la tension artérielle maxima (13,5/9), mais l'albuminurie continue à osciller entre 0,75 et 1 gr. 27 ‰.

On décide d'interrompre la grossesse.

ACCOUCHEMENT : *Le 6 décembre,* introduction d'une bougie de Krause, les membranes se rompent une heure après.

Durée du déclanchement : 1 heure.

Durée du travail : 2 h. 20.

Expulsion spontanée d'une fille de 3.350 gr. (à noter un circulaire cervical du cordon).

Délivrance spontanée, le placenta pèse 600 gr. et les membranes se sont rompues, en un endroit, à une distance de 3 cm. du bord placentaire.

SUITES : *Du point de vue puerpéral :* excellentes.

Du point de vue médical : L'albuminurie augmente après l'accouchement.

Le seizième jour :

Albuminurie : 1,75 ‰.

T.A. : 13,5/8.

L'enfant, à l'allaitement, mixte, présente un développement normal, et pèse 3.400 gr. le seizième jour.

XXXI

OBSERVATION 3

ECLAMPSIE AU COURS D'UNE PREMIÈRE GROSSESSE. — ALBUMINURIE MOYENNE SANS HYPERTENSION APPARUE AU SEPTIÈME MOIS DE LA SECONDE GESTATION. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL DIX-SEPT JOURS AVANT TERME PAR BOUGIE DE TRILLAT ET DÉCOLLEMENT DU PÔLE INFÉRIEUR DE L'ŒUF. — SUITES EXCELLENTES.

Service du Dr Trillat, 1932 ; 1033. G..., 24 ans, II^e geste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Rougeole dans l'enfance.

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX.

En 1930, éclampsie au septième mois d'une première grossesse ayant abouti à l'expulsion prématurée d'un macéré de 1320 gr.

L'albuminurie avait disparu dès le quatorzième jour des suites de couches et n'a pas réapparu avant la grossesse actuelle.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 30 août, A.P. : 10 juin.

La grossesse est bien supportée au début, un examen d'urines est *négatif* le 15 février.

Le 7 avril, on découvre brusquement une albuminurie de 1 gr. 50 ‰.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 12 AVRIL.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de 7 mois, hauteur utérine 25 cm., fœtus vivant et mobile.

Du point de vue médical :

On note simplement :

Albuminurie : 1 gr. ‰.

T.A. : 11/6,5.

Urée sanguine : 0,56 ‰.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

Malgré un régime lacté presque exclusif, l'albuminurie oscille entre 1 et 2 gr. pendant plus d'un mois. A l'issue de cette période, le fœtus est en présentation du sommet amorcée, et l'on décide d'interrompre la grossesse.

ACCOUCHEMENT : Le 23 mai, introduction d'une bougie de Trillat et décollement du pôle inférieur de l'œuf, (les membranes ne se rompent que 5 h. après).

Durée du déclanchement : 15 minutes.

Durée du travail : 9 h. 50.

Après ablation de la bougie, expulsion spontanée d'une fille vigoureuse de 1.840 gr.

Délivrance spontanée, le placenta qui pèse 450 gr. est bourré d'infarctus.

SUITES : *Du point de vue puerpéral :* apyrétiques.

Du point de vue médical : assez satisfaisantes.

L'albuminurie qui était montée à 4 gr. le jour de l'accouchement, oscille autour de 0 gr. 50 les jours suivants, pour dessiner un clocher à 1 gr. 50 le dixième jour avec ensuite une défervescence jusqu'à disparition complète au dix-huitième jour.

La diurèse atteint un litre environ à partir du dixième jour.

La T.A. est à :

13,5/9 le douzième jour.

12,5/9 le quinzième jour.

L'enfant allaité par sa mère, se développe bien et pèse 2.100 gr. le vingtième jour.

XXXII

OBSERVATION 4

MALADE SYPHILITIQUE. — ALBUMINURIE CONSTATÉE AU COURS D'UNE GROSSESSE PRÉCÉDENTE ET RÉAPPARUE AU DERNIER MOIS DE LA GESTATION ACTUELLE. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL PAR PROCÉDÉS MÉDICAMENTEUX, LE TERME PRÉVU ÉTANT DÉPASSÉ. — SUITES IMMÉDIATES EXCELLENTES. — MORT DE L'ENFANT SIX MOIS APRÈS SA NAISSANCE.

Service du Dr Rhenter, 1933 ; 442. M., 28 ans, IV^e geste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Aucun élément suspect n'est signalé.

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX.

Accouchements spontanés à terme, en 1927, 1930 et 1931.

La réaction de Wassermann pratiquée au cours des deux premières grossesses, s'est révélée positive dans le sang.

Au cours de la seconde grossesse, on a décelé de l'albumine dans les urines.

Des 3 enfants, deux sont vivants, le troisième est mort à 7 mois $\frac{1}{2}$ de mastoïdite.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 17 juillet. A.P. : 27 avril.

Aux consultations prénatales, on a noté un excès de liquide amniotique, mais l'absence d'albumine dans les urines. On ne retrouve l'indication d'aucun traitement antisyphilitique.

L'albuminurie est découverte le 19 avril (examen négatif le 29 mars).

La malade accuse à ce moment, des céphalées, des étourdissements, et une sensation de brouillard devant les yeux.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 22 AVRIL.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse au voisinage du terme, fœtus vivant et mobile dans un excès de liquide.

Du point de vue médical :

La malade se plaint de nombreux signes fonctionnels : nau-

sées, bourdonnements d'oreilles, troubles visuels... Il n'existe cependant pas d'œdèmes.

On note par ailleurs :

Un gros disque d'albumine dans les urines.

Une T.A. à 13/8.

Wassermann positif dans le sang.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

Les signes subjectifs disparaissent rapidement, l'albuminurie est réduite à un léger nuage le 26 avril, la tension artérielle tombe à 11,5/6,5 le 28 avril. On décide cependant la provocation de l'accouchement, le terme étant dépassé depuis 5 jours, le 2 mai.

ACCOCHEMENT : *Le 2 mai*, mise en jeu de la Méthode de Hauch.

Déclanchement immédiat du travail.

Durée du travail : 4 h. 20.

Expulsion d'un enfant vigoureux de 4 kgs, de sexe masculin,

Délivrance spontanée, le placenta ne présente pas d'infarctus et pèse 790 gr.

SUITES : *Du point de vue puerpéral* : excellentes.

Du point de vue médical : La malade ne présente plus d'albumine à son départ, le onzième jour.

L'enfant, allaité par sa mère, a regagné son poids de naissance au onzième jour.

Il meurt néanmoins, à l'âge de 6 mois, à la Charité, avec un syndrome méningé.

XXXIII

OBSERVATION 5

ALBUMINURIE RÉCIDIVANTE APPARUE AU SIXIÈME MOIS D'UNE GROSSESSE GÉMELLAIRE S'ACCOMPAGNANT SECONDAIREMENT D'ŒDÈMES AVEC HYPERTENSION MODÉRÉE ET DE SIGNES DE PRÉÉCLAMPSIE. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL QUINZE JOURS AVANT TERME PAR DÉCOLLEMENT DU PÔLE INFÉRIEUR DE L'ŒUF APRÈS ÉCHEC DES MOYENS MÉDICAMENTEUX. — SUITES FAVORABLES.

Service du P^r Voron, 1934 ; 506-507. S., 36 ans, II^e geste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

La malade présenterait des gastralgies depuis son enfance.

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX.

Une première grossesse s'est accompagnée en 1931 d'albuminurie et d'éclampsie, avec deux crises caractérisées. L'en-

fant est né vivant, mais l'albuminurie a persisté un mois après l'accouchement.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 3 août. A.P. : 13 mai.

La grossesse a été bien supportée au cours des six premiers mois, mais à leur issue des douleurs abdominales, et de la dyspnée sont apparues.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 2 MARS 1934.

Du point de vue obstétrical :

Utérus très augmenté de volume alors que la grossesse n'est que de 6 mois $\frac{1}{2}$. Dans un excès de liquide amniotique se trouvent deux fœtus.

Du point de vue médical :

Il n'existe pas d'œdèmes. A l'auscultation cardiaque, on retient seulement un éclat du 2^e bruit.

Par ailleurs :

Traces indosables d'albumine.

T.A. : 11,5/6.

Coef. de Maillard : 13.

Réserve alcaline : 54.

Calcium sanguin : 109,16.

Wassermann : négatif dans le sang.

Cytologie urinaire : quelques cellules, assez rares leucocytes.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

Le 17 avril 1934, après avoir quitté le service pendant un mois, la malade y vient à nouveau. Depuis la veille, sont apparues des céphalées et de légers troubles visuels coïncidant avec une albuminurie moyenne.

On note à l'entrée, l'apparition depuis le dernier séjour, d'œdèmes très marqués, non seulement aux membres inférieurs, mais encore à la face.

Par ailleurs :

Albumine : 0,30 ‰.

Réserve alcaline : 29,21.

T.A. : 16/10,5.

Urée sanguine : 0,17 ‰.

Coef. de Maillard : 31.

Le 24 avril, malgré un régime sévère, des signes de pré-éclampsie se constituent.

L'albumine est à 1,50 ‰.

La T.A. à 15/10.

Il n'existe pas d'augmentation du taux de l'indican dans le sang.

Le 26 avril, le tableau s'aggrave, les œdèmes persistent, l'albumine est de 3 gr. ‰.

On décide de provoquer l'accouchement.

ACCOUCHEMENT : *Le 26 avril*, échec de la méthode de Hauch.
Le 27 avril, décollement du pôle inférieur de l'œuf.

Déclanchement du travail : le jour même.

Durée du travail : 23 heures ; pendant le travail, l'albuminurie atteint 4 gr., et la T.A. 18,5/13 nécessitant l'administration de 6 gr. de chloral et une saignée de 400 gr.

Expulsion spontanée de 2 enfants vigoureux, une fille de 2.600 gr. et un garçon de 3.000 gr.

Délivrance spontanée ; placenta de 900 gr. (gémellaire bi-vitelline).

SUITES : *Du point de vue puerpéral* : bonnes.

Du point de vue médical : L'état général reste médiocre pendant 3 semaines, jusqu'au départ. L'albumine a cependant disparu dès le surlendemain de l'accouchement et la diurèse augmenté rapidement jusqu'à atteindre 3.000 gr.

Le vingt-et-unième jour, à la sortie, on note :

Albumine : néant.

Urée sanguine : 0,25.

T.A. 18/11.

Revue 2 mois après son accouchement, la malade n'a plus d'albumine, la tension est de 13,5/7.

Trois mois après l'accouchement, phénomènes de sciatique avec légère atrophie de la jambe gauche, et abolition passagère du réflexe achilléen de ce côté.

En 1935, évolution d'une troisième grossesse se terminant sans albuminurie.

Les enfants ne sont pas allaités par leur mère.

Le garçon est mort de gastro-entérite à l'âge de 2 mois.

La fille, a présenté un peu de rachitisme et un retard pondéral manifeste, pesant 8.740 gr. seulement à 18 mois, et ne marchant qu'à 20 mois.

XXXIV

OBSERVATION 6

ALBUMINURIE RÉCIDIVANTE. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL PAR MOYENS MÉDICAMENTEUX UNE SEMAINE AVANT TERME, AUTANT EN RAISON DE LA NÉPHROPATHIE QUE D'UNE RUPTURE PRÉMATURÉE SPONTANÉE DES MEMBRANES. — SUITES SATISFAISANTES.

Service du Pr Voron, 1934 ; 1905. G..., 26 ans, secundigeste.

A l'issue de la première grossesse, dont l'observation figure parmi les formes mixtes, *la malade n'a pas cessé de présenter une albuminurie modérée.* (Voir obs. XXIII).

SECONDE GROSSESSE : D.R. : 12 déc. 1933. A.P. : 22 sept. 1934.

L'état général est excellent au cours des premiers mois. A 8 mois, les urines sont troubles et il existe un disque important d'albumine.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 31 JUILLET 1934.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de 7 mois $\frac{1}{2}$, fœtus vivant en présentation du sommet mobile.

Du point de vue médical :

La malade présente des œdèmes légers aux membres supérieurs et inférieurs.

On note :

Albumine : 0,45 ‰.

T.A. : 13/8.

Urée sanguine : 0,50 ‰.

Diurèse : 600 gr.

Wassermann : négatif dans le sang.

L'examen cytologique accuse l'existence de nombreuses cellules desquamées, les unes banales, les autres en placards serrés formés d'une multitude d'éléments coaptés.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

Mise au régime, la malade est autorisée à regagner son domicile.

Au mois de septembre, elle revient dans le service, son état général est nettement amélioré par le régime auquel elle a été soumise.

On ne note plus qu'un léger disque d'albumine :

La T.A. est à 11/8.

La diurèse reste à 600 gr.

Les œdèmes ont fondu.

Une semaine avant terme *on assiste à une rupture prématurée des membranes* et l'enfant semble *volumineux*. Ces deux éléments autant que l'albuminurie décident de l'interruption de la grossesse.

ACCOUCHEMENT : Une semaine avant terme *le travail est déclanché* immédiatement par une seule injection de post-hypophyse.

Durée du travail : 4 h. 30.

Expulsion spontanée d'un enfant vigoureux de 4.300 gr. . .

Délivrance spontanée, le placenta pèse 600 gr.

SUITES : *Du point de vue puerpéral* : simples.

Du point de vue médical : Au dixième jour, la malade quitte le service présentant encore une légère albuminurie sous forme de traces, sa T.A. étant ramené à 13/8 (à noter qu'on a trouvé des traces de pus dans les urines, une semaine après l'accouchement).

En 1938 : « Santé parfaite ».

L'enfant est allaité artificiellement, il pèse 4.220 gr. le dixième jour. Il se développe parfaitement ensuite jusqu'à 28 mois, pesant alors 16 kilogs. A cet âge, il succombe rapidement à une broncho-pneumonie double.

XXXV

OBSERVATION 7

ALBUMINURIE RÉCIDIVANTE DE TAUX MODÉRÉ. — DÉCLANCHEMENT MÉDICAMENTEUX DU TRAVAIL DIX JOURS AVANT TERME. — SUITES SATISFAISANTES.

Service du P^r Voron, 1934 ; 1365. D..., 31 ans, III^e geste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Albuminurie intermittente depuis le premier accouchement.

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX.

En 1931, une première grossesse, marquée dès son début par des vomissements et des œdèmes, se complique plus tard d'une albuminurie massive avec deux crises convulsives.

Elle nécessite un premier accouchement prématuré provoqué, terminé par l'extraction laborieuse au forceps, d'un enfant actuellement vivant.

En 1933, seconde grossesse, interrompue par un avortement à un mois.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 20 février. A.P. : 30 novembre.

La grossesse a été très bien supportée pendant les 6 premiers mois. A leur issue, sans aucun signe fonctionnel, est apparue l'albuminurie de très faible importance, qui persiste depuis.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 19 NOVEMBRE 1934.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de 8 mois $\frac{1}{2}$, fœtus vivant.

Du point de vue médical :

On note :

Légers œdèmes malléolaires.

Disque net d'albumine.

T.A. à 14,5/9.

et l'on décide de provoquer immédiatement l'accouchement.

ACCOUCHEMENT : *Le 20 novembre*, mise en jeu de la méthode de Hauch.

Déclanchement du travail : le jour même.

Durée du travail : 3 h. 15.

Expulsion spontanée d'un enfant vigoureux de 3.050 gr. ; petite déchirure périnéale.

Délivrance spontanée, le placenta pèse 700 gr.

SUITES : *Du point de vue puerpéral* : satisfaisantes.

Du point de vue médical : *Le lendemain* de l'accouchement, l'albumine disparaît. *Le surlendemain*, la T.A. est à 14,5/6,5.

L'enfant, allaité par sa mère, pèse 2.920 gr. le 11^e jour. Il se développe normalement par la suite, et marche à un an.

XXXVI

OBSERVATION 8

ALBUMINURIE RÉCIDIVANTE AVEC ŒDÈMES ET HYPERTENSION APPARUE AU SIXIÈME MOIS. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL PAR BOUGIE DE TRJLAT 15 JOURS AVANT LE TERME PRÉVU APRÈS INSTALLATION DE SIGNES DE PRÉÉCLAMPSIE. — SUITES SATISFAISANTES.

Service du D^r Rhenter, 1937 ; 443. M., 31 ans, V^e geste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

La malade a été opérée d'une rétroversion en 1932.

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX.

Deux avortements, l'un en 1926 à 3 mois $\frac{1}{2}$, l'autre en 1931 à 1 mois $\frac{1}{2}$.

Deux accouchements spontanés à terme en 1928 et 1933 ; *au cours des deux grossesses qui les ont précédés, on a noté l'existence d'une albuminurie gravidique.*

Deux enfants bien portants.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : imprécises ; 7 septembre (?). A.P. : 17 juin (?).

La grossesse a été bien supportée jusqu'au *mois de mars*. Dès cette époque, on note l'apparition de très volumineux œdèmes avec céphalées et albuminurie de 6 gr. ‰. A la suite d'un régime sévère, on obtient une stabilisation des signes fonctionnels et la diminution du taux de l'albuminurie, qui passe au voisinage de 2 gr.

Le médecin traitant décide la malade à se faire hospitaliser au mois de mai à la suite d'une augmentation de ce taux.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 22 MAI.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de 8 mois, fœtus semblant petit, mais vivant.

Du point de vue médical :

La malade arrive dans le service dans un état assez grave, avec d'énormes œdèmes, généralisés à toute la surface du corps. Elle se plaint de céphalées intenses, mais n'accuse pas de troubles visuels. L'examen cardiaque révèle l'existence d'un bruit de galop.

Par ailleurs :

Albumine : 7 gr.

T.A. : 24/17, avec I.O. de 7,5.

Urée sanguine : 0,60.

Diurèse : 1.000 gr.

La cytologie urinaire permet de déceler l'existence de polynucléaires altérés, de quelques cellules rénales et de colibacilles.

La réaction de Wassermann est négative dans le sang.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

Après avoir bénéficié d'une saignée initiale de 500 gr., la malade est mise à un régime très sévère avec cure de réduction des liquides, et administration de chloral.

Le 25 mai on note :

Albumine : 3 gr. 90.

T.A. : 17/11.

Diurèse : 600 gr.

La malade, dont les œdèmes n'ont pas diminué, présente des épistaxis, des gingivoragies, et du purpura généralisé avec signe du lacet très net.

Le 2 juin, on note :

Albuminurie : 3,50 ‰.

T.A. : 15,5/11.

Coef. de Maillard : 6,5.

La diurèse a augmenté et est passée à 1.000 gr.

Les signes fonctionnels, tout particulièrement la céphalée, persistent.

On décide d'interrompre la gestation.

ACCOUCHEMENT : *Le 3 juin*, mise en place d'une bougie de Trillat, les membranes se rompent une demi-heure après.

Déclanchement immédiat du travail.

Durée du travail : 9 h. 25.

Expulsion spontanée d'un enfant de sexe masculin, de 1.540 gr., qui crie aussitôt.

Délivrance spontanée, le placenta pèse 520 gr.

SUITES : *Du point de vue puerpéral* : aucun incident.

Du point de vue médical : La diurèse augmente rapidement à 1.500 gr. Le purpura disparaît.

A la fin de la première semaine, l'albuminurie disparaît également.

Le neuvième jour, des examens de sang pratiqués par le Dr Thiers montrent :

Réaction xanthoprotéique : normale.

Réaction de l'indoxyle : négative.

Le dix-neuvième jour l'albuminurie est réapparue à 0,80, la T.A. reste élevée à 17/11.

Deux mois après l'accouchement, la malade qui n'a pas suivi de régime, fait, le 16 août, une poussée de néphrite aiguë.

L'enfant, d'abord allaité complètement par sa mère, pèse 1.650 gr. le dix-huitième jour, à partir de cette date, il est mis à l'allaitement mixte.

A trois mois, son développement est satisfaisant.

A 15 mois, il reste un peu menu, a 7 dents, et ne marche pas encore.

**ALBUMINURIES OBSERVÉES CHEZ DES MALADES
AYANT PRÉSENTÉ UNE ATTEINTE RÉNALE
OU UNE HYPERTENSION
ANTÉRIEUREMENT A LA GROSSESSE**

XXXVII

OBSERVATION 1

ALBUMINURIE CHRONIQUE AGGRAVÉE PAR LA GESTATION. — DÉCLAN-
CHEMENT DU TRAVAIL PAR BOUGIE DE KRAUSE UNE SEMAINE AVANT
TERME. — RÉSULTATS SATISFAISANTS DU POINT DE VUE MATERNEL. —
ÉTAT MÉDIOCRE DE L'ENFANT A SA SORTIE DU SERVICE.

Service du Dr Trillat, 1928 ; 1456. C., 19 ans, primigeste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Congestion pulmonaire à l'âge de 10 ans. Chorée à l'âge de 14 ans.

Scarlatine à l'âge de 15 ans. Depuis l'installation de cette maladie, la malade n'a cessé de présenter de l'albuminurie.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 1^{er} déc. A.P. : 10 septembre.

La malade a été hospitalisée au cours de sa grossesse dans une maison maternelle, elle y a présenté une albuminurie constante.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 1^{er} SEPTEMBRE.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse au voisinage du terme (hauteur utérine, 39 cm.), fœtus vivant en présentation du siège.

Du point de vue médical :

Albuminurie : 2 gr. ‰.

T.A. : 11/7.

Wassermann : négatif.

Diurèse : 1.500 gr.

Pas d'œdèmes.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

La malade est mise au repos et on lui administre du chloral.

L'albuminurie diminue d'abord, mais son taux se maintient bientôt à 1 gr. ‰ avec une bonne diurèse.

On décide d'interrompre la grossesse.

ACCOUCHEMENT : Une semaine avant terme, mise en place d'une bougie de Krause (les membranes se rompent ½ heure après son introduction).

Déclanchement du travail : le jour même.

Durée du travail : 9 h. 30.

Extraction du siège, facile, l'enfant de sexe féminin pèse 3.270 gr.

Délivrance spontanée, le placenta pèse 520 gr.

SUITES : *Du point de vue puerpéral :* Quelques troubles intestinaux au cours du post-partum avec température subfébrile.

Du point de vue médical : Sortie au treizième jour dans un état satisfaisant.

L'enfant, nourri au babeurre, présente un développement médiocre et pèse 3.180 gr. le neuvième jour.

XXXVIII

OBSERVATION 2

ALBUMINURIE APPARUE PRÉCOCEMENT ET COMPLIQUÉE DE RÉTENTION AZOTÉE. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL VINGT-CINQ JOURS AVANT TERME PAR BOUGIE DE KRAUSE. — MORT DE L'ENFANT AU DIX-HUITIÈME JOUR. — EVOLUTION ULTÉRIEURE D'UNE NÉPHRITE CHRONIQUE.

Service du P^r Voron, 1930 ; 566. R., 20 ans, primigeste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Paludisme

GROSSESSE ACTUELLE : D. R. : 15 septembre. A.P. : 25 juin.

L'albuminurie est apparue au sixième mois malgré un régime sévère, elle n'a cessé d'être élevée, atteignant certains jours 4 gr. et s'accompagnant de fortes céphalées.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 5 MAI 1930.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de 7 mois $\frac{1}{2}$, fœtus vivant.

Du point de vue médical :

Examen général négatif, pas d'œdèmes, pas de lésion du fond de l'œil.

On note à l'examen des urines :

Albumine : 2 gr. ‰.

Urée : 3,62 ‰.

NaCl : 7 gr.20 ‰.

Coef. de Maillard : 10,06.

avec une diurèse de 4.500 gr.

Par ailleurs :

T.A. : 13/7,5.

Urée sanguine : 1,06 ‰.

Numération globulaire : 2.800.000 globules rouges ; 7.000 globules blancs.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

Le 30 mai : Malgré un régime très sévère, on note :

Persistance de l'albuminurie à 2 gr.

Urée : 0,80 ‰ dans le sang.

Diurèse : 2.000 gr.

Constante d'Ambard : 0,29.

Diminution des globules rouges à 2.179.000.

Cytologie urinaire : cellules épithéliales et globules blancs, mais pas de cylindres.

ACCOUCHEMENT : *Le 31 mai*, mise en place d'une bougie de Krause.

Durée du déclanchement : 24 heures (rupture spontanée des membranes 11 heures après l'introduction de la bougie).

Durée du travail : 16 heures.

Expulsion spontanée d'une fille de 2.350 gr., vigoureuse.

Délivrance spontanée, placenta de 380 gr.

SUITES : *Du point de vue puerpéral :* pas d'incident.

Du point de vue médical : L'albuminurie diminue la première semaine, mais le vingtième jour on note à la sortie :

Albuminurie : 0,90 ‰.

Urée sanguine : 0,93 ‰.

T.A. : 11,5/6.

Indicanémie : + +.

Trois ans après, *en août* 1933, la malade est hospitalisée dans le service du P^r Pic, avec :

Une albuminurie élevée à 2 gr. 40.

Une urée sanguine de 1 gr. 80 ‰.

L'enfant, après avoir présenté un développement satisfaisant au cours des 10 premiers jours, présente des troubles digestifs et meurt le dix-huitième jour.

XXXIX

OBSERVATION 3

ATTEINTE RÉNALE ANTÉRIEURE A LA GESTATION. — ALBUMINURIE MASSIVE ET HYPERTENSION ÉLEVÉE APPARUE DÈS LE QUATRIÈME MOIS. — AU SEPTIÈME MOIS, HÉMORRAGIE RÉTINIENNE. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL PAR BOUGIE DE KRAUSE CINQUANTE-TROIS JOURS AVANT TERME. — ENFANT VIVANT. — ÉVOLUTION ULTÉRIEURE CHEZ LA MÈRE D'UNE NÉPHRITE CHRONIQUE HYPERTENSIVE. — ABOLITION DE LA VISION DE L'ŒIL GAUCHE.

Service du D^r Trillat, 1931 ; 2346. B., 39 ans, IV^e geste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Erysipèle, grippe espagnole et *surtout albuminurie légère décelée en 1927 et 1928.*

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX.

Deux accouchements normaux à terme en 1919 et 1920.

Un avortement de 3 mois $\frac{1}{2}$ en 1923.

Deux enfants vivants.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 7 mai. A.P. : 17 février.

Les 4 premiers mois de la gestation, n'ont été marqués par aucun trouble. *A partir du cinquième mois*, apparition de céphalées coïncidant avec une albuminurie d'abord légère. Installation secondaire d'œdèmes persistant malgré un régime sévère.

Au sixième mois, l'albuminurie est à 1 gr. ‰.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 24 DÉCEMBRE 1931.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de 7 mois, fœtus semblant petit, BC perçus.

Du point de vue médical :

On note l'existence d'œdèmes importants des membres inférieurs.

Le 24 décembre, l'examen du fond d'œil révèle la *présence d'une hémorragie rétinienne légère de l'œil gauche*.

Par ailleurs :

Albuminurie : 12 gr.

T.A. : 21/12.

Tension moyenne : 18,5.

Urée sanguine : 0,38 ‰.

Wassermann : négatif.

En raison de l'importance de l'intoxication, on décide de provoquer immédiatement l'accouchement.

ACCOUCHEMENT : *Le 25 décembre*, introduction d'une bougie de Krause, qui entraîne la rupture immédiate des membranes.

Durée du déclenchement : 11 h. 30.

Durée du travail : 13 h. 40.

Expulsion spontanée d'une fille de 1.240 gr., le placenta pèse 220 gr.

SUITES : *Du point de vue puerpéral* : aucun incident.

Du point de vue médical : On note dans les suites immédiates des poussées d'hypertension paroxystique. Ces poussées s'accompagnent de dyspnée, de céphalées, d'une sensation de barre épigastrique et la nuit de crises mineures d'œdème aigu du poulmon.

Le seizième jour, incident assez dramatique avec crise de dyspnée plus intense ayant nécessité une saignée.

La T.A. est alors de 15/9,5.

L'urée à 0,45 ‰.

On administre de la digitaline à la suite de cet accident.

A la sortie, le 21^e jour, la malade ne quitte le service que pour entrer dans celui du P^r Savy.

Albuminurie persistante à 0,50.

Diurèse satisfaisante.

Au cours de l'année 1932, cette malade garde une albuminurie persistante avec T.A. à 19/12, la vision de son œil gauche est définitivement abolie.

En 1936, la néphrite n'a fait que s'aggraver, elle s'accompagne de céphalées et de bourdonnements d'oreilles. La T.A. est de 25/14,5 à l'appareil de Gallavardin. Avec celui de Boulite on a des oscillations à une pression dépassant 30.

Les urines contiennent un gros disque d'albumine.

L'enfant, après avoir été alimenté au sein pendant une dizaine de jours est mis en nourrice, il pèse 1.430 gr. le seizième jour.

Son développement est satisfaisant au cours de la première année.

XL

OBSERVATION 4

DÉCOUVERTE PRÉCOCE AU COURS D'UNE PREMIÈRE GESTATION D'UNE ALBUMINURIE IMPORTANTE S'ACCOMPAGNANT D'AMAUROSE ET DE SIGNES DE PRÉÉCLAMPSIE. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL ONZE JOURS AVANT TERME PAR BOUGIE DE KRAUSE. — PERSISTANCE DE L'ALBUMINURIE A UN TAUX ÉLEVÉ APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

Service du P^r Voron, 1932 ; 945. B., 29 ans, primigeste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Mère morte de néphrite.

Personnellement : rougeole et scarlatine à l'âge de 10 ans, atteinte grippale au cours de l'épidémie de 1918. Enfin, abcès au sein en dehors de toute gestation en 1924.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 25 décembre. A.P. : 5 octobre.

L'état général a été excellent au cours des premiers mois, en dehors d'un épisode grippal passager au mois de janvier.

Fortuitement, on découvre une albuminurie massive au cours du sixième mois, de 1 gr., elle augmente rapidement, passe à 2 gr., puis rétrocede un peu sous l'influence du traitement jusqu'à la première admission à l'Hôpital.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 7 JUILLET.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de 6 mois, fœtus vivant.

Du point de vue médical :

Malade présentant une légère scoliose dorsale avec retentissement sur l'ampliation thoracique. Etat général excellent, apyrexie. On note :

Albuminurie : 1 gr. 50 ‰.

T.A. : 13,5/7,5.

Coef. de Maillard : 22.

Urée sanguine : 0,44 ‰.

Wassermann : négatif, après avoir été légèrement positif à un premier examen.

Il n'existe pas d'œdèmes.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

L'albuminurie présente de grosses élévations après les repas : 0,60 ‰ avant l'un de ceux-ci, 1 gr. 20 ‰ après. L'examen cytologique ne montre rien de net et on laisse, après avoir élargi un peu son régime, la malade regagner son domicile pour quelques jours.

Chez elle : Le 24 août, albuminurie : 0,75 ‰.

Les jours suivants : progression à 1 gr. 50, puis à 3 gr. ‰.

Le 3 septembre, apparition de signes de prééclampsie avec barre épigastriques, céphalées et perte de connaissance. A ce moment, épisode passager d'amaurose.

Le 4 septembre, nouvelle hospitalisation.

On note :

T.A. : 12/7.

Albumine : 2 gr. ‰.

Cedèmes des membres inférieurs.

L'état général est assez bon et on décide de temporiser.

Le 14 septembre :

L'albuminurie augmente jusqu'à 2 gr. 95.

L'urée se maintient autour de 0,65 ‰.

La réserve alcaline est notée à 57,8.

La T.A. et la diurèse restent satisfaisantes.

Le 24 septembre : Aucune amélioration.

On décide de provoquer l'accouchement. Le fœtus étant en présentation du sommet fixée.

ACCOUCHEMENT : *Le 24 septembre*, mise en place d'une bougie de Krause, rupture presque immédiate des membranes.

Déclanchement du travail : en quelques minutes.

Durée du travail : 4 h. 35.

Expulsion spontanée d'un garçon vigoureux de 2.900 gr.

Délivrance spontanée, le placenta pèse 470 gr.

SUITES : *Du point de vue puerpéral* : aucun incident.

Du point de vue médical :

Le 29 septembre :

Albuminurie : 0,95.

Examen cytologique : pas de cylindres dans les urines.

Le 5 octobre :

Albuminurie : 1 gr. 50.

T.A. : 14,5/9.

Urée sanguine : 0,32.

La diurèse est très abondante, de 3 à 4 litres par jour.

La malade quitte le service *le 13^e jour*.

En 1938, elle écrit qu'elle présente une néphrite chronique hyperazotémique ayant nécessité trois cures à St-Nectaire.

Son albuminurie a atteint 3 gr. et son azotémie 1,90 ‰, en 1935.

Actuellement elle va mieux, à son dernier retour de St-Nectaire, l'albuminurie était de 0,40 et l'urée de 0,35, mais elles augmentent au moindre surmenage.

L'enfant à l'allaitement mixte, pèse 2.780 gr. le douzième jour. *En 1938*, va très bien et pèse 22 kg. 500. Il a eu la scarlatine en 1936 et a présenté à cette occasion une albuminurie passagère.

XLI

OBSERVATION 5

ALBUMINURIE TRANSITOIRE PRÉEXISTANT A LA GESTATION. — HYPERTENSION, ÉCLAMPSISME ET DÉFAILLANCE CARDIAQUE AU SEPTIÈME MOIS. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL DEUX MOIS AVANT TERME PAR BOUGIE DE KRAUSE. — ENFANT MORT SECONDAIREMENT. — PERSISTANCE D'UNE NÉPHRITE ÉVOLUTIVE CHEZ LA MÈRE.

Service du P^r Voron, 1932 ; 949. B., 37 ans, primigeste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Broncho-pneumonie à 7 ans.

Anémie d'origine et de modalité difficiles à préciser, à 15 ans.

Rougeole à l'âge de 35 ans (il y a deux ans) au cours de laquelle on a constaté de l'albuminurie pendant une quinzaine de jours.

GROSSESSE : D.R. : 11 février. A.P. : 21 novembre.

Les premiers mois de la grossesse n'ont été marqués par aucun incident notable. Au septième mois, apparaissent brusquement, une nuit, des vomissements suivis d'une dyspnée intense. L'état général à partir de ce moment devient médiocre, on trouve de l'albumine dans les urines.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 14 SEPTEMBRE 1932.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de 8 mois, hauteur utérine 28 cm., fœtus vivant et mobile.

Du point de vue médical :

Malade pâle, cœur arythmique avec bruit de galop très net, pouls à 85, un peu d'œdème aux membres inférieurs.

On note, par ailleurs :

Albuminurie : 3 gr. 10 ‰.

T.A. : 20,5/12,5.

Urée sanguine : 0,31 ‰.

Diurèse : 1.100 gr.

Wassermann : négatif.

L'examen cytologique des urines ne montre pas de cylindres.

ÉVOLUTION DE L'AFFECTION.

Dès le premier jour, on pratique une saignée de 150 cm³ et on administre du chloral.

Le 16 septembre :

T.A. : 20,5/14,5.

Albuminurie : 5 gr. ‰.

Le 22 septembre :

T.A. : 21/12.

Albuminurie : 6 gr. ‰.

Diurèse assez satisfaisante.

L'état reste grave, marqué par de petits incidents, dyspnée et palpitations qui ont obligé le 17 septembre, à faire une saignée de 600 gr. et ont fait instituer un traitement digitalique :

À la place du bruit de galop, s'est installé un souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle.

On décide d'interrompre la grossesse.

ACCOUCHEMENT : *Le 24 septembre*, mise en place d'une bougie de Krause.

Durée du déclanchement : 2 h.

Durée du travail : 24 heures, au cours du travail, on procède, après ablation de la bougie, à la rupture artificielle précoce des membranes et à l'administration de chloral et de spasmalgine, en raison de l'intensité et du rapprochement des contractions utérines.

On termine, sous anesthésie générale à l'éther, par une application de forceps à la vulve, qui permet d'extraire un garçon assez vigoureux de 1.790 gr.

Délivrance spontanée, le placenta pèse 420 gr. et ne présente pas de lésions apparentes.

Derrière lui, s'est cependant constituée une hématome rétroplacentaire de 400 gr.

La délivrance est suivie d'une petite hémorragie traitée par une injection d'ergotine.

SUITES : *Du point de vue puerpéral* : aucun incident.

Du point de vue médical : Amélioration lente. La diurèse augmente et l'albuminurie qui présente une aggravation à 2 gr. au quinzième jour est encore à 0,50 à la sortie le vingt-et-unième jour.

Au moment où la malade quitte le service, ne le faisant d'ailleurs, que pour entrer dans une salle de médecine, où elle sera surveillée par le Dr Dumas, sa T.A. est de 20/13.

On voit par la suite, évoluer chez elle, une néphrite subaigüe hyperazotémique et hypertensive qui conduit la malade en 1938, à une double décapsulation rénale. La malade meurt au mois de décembre 1938 au milieu de phénomènes d'anurie et d'urémie.

L'enfant est adressé le neuvième jour, en assez bon état, et pesant 1.710 gr., à la nourricerie Reymond.

Il est mort peu de temps après, sans que nous ayons pu obtenir de précisions sur l'âge qu'il avait à ce moment, et l'affection qui l'a emporté.

XLII

OBSERVATION 6

ALBUMINURIE ÉPISODIQUE DE L'ADOLESCENCE RÉAPPARUE TRÈS PRÉCOCEMENT AU COURS D'UNE PREMIÈRE GROSSESSE. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL PAR MOYENS MÉDICAMENTEUX AUTANT A CAUSE DU VOLUME DE L'ENFANT QUE POUR L'ÉTAT DE LA MÈRE. — SUITES SATISFAISANTES.

Service du P^r Voron, 1934 ; 700. B..., 31 ans, primigeste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Rougeole et végétations adénoïdes dans l'enfance.

En 1924, épisode morbide avec douleurs lombaires et découverte d'une albuminurie rapidement disparue, que de nombreux examens ultérieurs ne sont jamais parvenus à mettre en évidence, à nouveau.

La même année, thyroïdectomie partielle pour goître.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 23 sept. 1933. A.P. : 3 juillet 1934.

Dès le deuxième mois on a noté l'existence d'une albuminurie et des œdèmes sont apparus aux chevilles dès le cinquième mois.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 10 AVRIL 1934.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de 7 mois, fœtus mobile, B.C. perçus.

Du point de vue médical :

Excellent état général, appétit conservé, aucun signe fonctionnel de Brightisme.

Albumine : 0,30 ‰.

T.A. : 15/8.

Urée sanguine : 0,25 ‰.

Wassermann : négatif.

Présence de pus et de nombreuses cellules de desquamation dans les urines.

ÉVOLUTION DE L'AFFECTION.

Après avoir laissé la malade regagner son domicile pendant un mois $\frac{1}{2}$, on note à la consultation le 30 mai :

Albumine : 0,60 ‰.

T.A. : 12/6.5.

Il n'existe plus de pus dans les urines.

Le 14 juin, seconde hospitalisation. Il existe un disque d'albumine et des œdèmes malléolaires.

La réserve alcaline est à 58.

La T.A. est à 13/7.

Le volume de l'enfant semble correspondre à un développement plus que suffisant et on décide d'interrompre la grossesse.

ACCOUCHEMENT : *Le 15 juin*, mise en jeu de la méthode de Hauch.

Déclanchement du travail : le jour même.

Durée du travail : 15 heures.

Une application de forceps au bas de l'excavation permet d'extraire un garçon vigoureux de 3.250 gr.

Délivrance spontanée, le placenta pèse 550 gr. Il manque environ un tiers du chorion : révision immédiate.

SUITES : *Du point de vue puerpéral* : bonnes.

Du point de vue médical : Augmentation rapide de la diurèse.

Diminution rapide de l'albumine.

Les œdèmes ont fondu très précocement.

Les urines à la sortie ne contiennent ni pus, ni cylindre et 0 gr. 15 seulement d'albumine.

La malade revue 2 ans après ne suit pas de régime. Elle présente un disque d'albumine dans ses urines et des œdèmes fugaces. La cytologie urinaire révèle la présence de quelques leucocytes altérés et de quelques cellules de desquamation.

La T.A. est de 11,5/7.

L'albuminurie est dosée à 0 gr. 50.

L'enfant, à l'allaitement mixte pèse 3.220 gr. le onzième jour et 6.900 gr. à 5 mois. A l'âge de un an, son développement est tout à fait normal.

XLIII

OBSERVATION 7

NÉPHRITE SCARLATINEUSE DANS L'ENFANCE. — ALBUMINURIE RECONNUE AU COURS DE DEUX GESTATIONS PRÉCÉDENTES RÉAPPARAISSANT ET S'ACCOMPAGNANT D'ŒDÈMES ET D'HYPERTENSION AU NEUVIÈME MOIS DE LA TROISIÈME GROSSESSE. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL PAR BOUGIE DE TRILLAT A LA DATE DU TERME PRÉVUE. — SUITES SATISFAISANTES.

Service du Dr Trillat, 1934 ; 1439. D..., 32 ans, III^e geste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Scarlatine avec albuminurie à l'âge de 10 ans.

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX.

Première grossesse en 1929, avec albuminurie apparue dès le troisième mois et persistant 5 mois après l'accouchement.

En 1931, récurrence de l'albuminurie au cours de la seconde grossesse mais disparition plus précoce 15 jours après l'accouchement.

Deux enfants vivants nés spontanément à terme.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 6 mars. A.P. : 16 décembre.

La grossesse a été entièrement normale, *jusqu'au début du neuvième mois.*

A une consultation prénatale, on découvre un disque d'albumine le 8 décembre.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 8 DÉCEMBRE.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse au voisinage du terme, hauteur utérine 30 cm., fœtus vivant en présentation du sommet.

Du point de vue médical :

La malade présente des œdèmes des membres supérieurs et inférieurs.

On note, par ailleurs :

Albuminurie : 3 gr. ‰.

T.A. : 16,5/10,5.

Urée sanguine : 0,25 ‰.

Diurèse : 800 gr.

Wassermann : positif dans le sang.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

Malgré la diète hydrique et une amélioration de la diurèse qui dépasse un litre, l'albumine persiste à 2 gr.

On décide d'interrompre la grossesse.

ACCOUCHEMENT : Le 20 décembre, mise en place d'une bougie de Trillat (les membranes ne se rompent que 23 h. plus tard).

Durée du déclanchement : 2 h. 30.

Durée du travail : 26 h. 15.

Expulsion spontanée d'une fillette de 3.360 gr.

Délivrance spontanée, le placenta qui présente des infarctus, pèse 650 gr.

SUITES : *Du point de vue puerpéral :* aucun incident.

Du point de vue médical : Il ne persiste plus que des traces d'albumine à la sortie au onzième jour.

En 1938, la malade déclare bien se porter.

L'enfant à l'allaitement mixte pèse 3.340 gr. le 11^e jour. A 4 ans, il se développe bien, pèse 15 kgs et mesure 0 m. 99.

XLIV

OBSERVATION 8

NÉPHRITE CHRONIQUE DATANT DE 10 ANS. — ALBUMINURIE MASSIVE AU COURS D'UNE TROISIÈME GESTATION. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL PAR BOUGIE DE TRILLAT VINGT-SIX JOURS AVANT TERME. — PERSISTANCE D'UNE GROSSE ALBUMINURIE A LA SORTIE DU SERVICE.

Service du Dr Trillat, 1935 ; 397. D..., 30 ans, III^e geste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

En 1925, on a constaté l'existence d'une albuminurie qui s'est maintenue depuis faisant porter un diagnostic de *néphrite chronique* et astreignant la malade à suivre un régime.

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX.

En 1928, accouchement spontané à domicile.

En 1933, avortement à 5 mois.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 26 juillet. A.P. : 6 mai.

La gestation a été bien supportée pendant les premiers mois.

La malade vient à la consultation prénatale pour la première fois le 1^{er} mars, et l'on constate dès ce moment l'existence d'un gros disque d'albumine qu'on retrouve le 27 mars et le 2 avril.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 10 AVRIL

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de 8 mois, fœtus vivant semblant assez volumineux.

Du point de vue médical :

En raison du très gros disque d'albumine et sans procéder à des examens complémentaires, on décide le déclanchement immédiat du travail.

ACCOUCHEMENT : Le 10 avril, introduction facile d'une bougie de Trillat, le col étant déjà perméable à 2 doigts.

Durée du déclanchement : 1 h. 30.

Durée du travail : 5 heures.

Après ablation de la bougie et rupture artificielle des membranes, lorsque la dilatation atteint 7 cm., expulsion d'une fille vigoureuse de 4.000 gr.

Délivrance spontanée, le placenta pèse 650 gr.

SUITES : *Du point de vue puerpéral :* apyrétiques.

Du point de vue médical : La malade quitte prématurément

le service, malgré les conseils qu'on lui donne ; le 10^e jour, ses urines contiennent presque autant d'albumine qu'avant l'accouchement.

L'enfant, allaité par sa mère, pèse 3.810 gr. le huitième jour.

En 1938, âgé de trois ans, il se développe bien.

XLV

OBSERVATION 9

HYPERTENSION CONSTATÉE DEPUIS QUATRE ANS S'AGGRAVANT BRUSQUEMENT AU COURS D'UNE NEUVIÈME GESTATION ET S'ACCOMPAGNANT D'ALBUMINURIE. — AU SEPTIÈME MOIS, APPARITION DE RÉTINITE. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL PAR BOUGIE DE TRILLAT DEUX MOIS AVANT TERME. — MORT DE L'ENFANT AU COURS DU TRAVAIL. — SUITES MATERNELLES SATISFAISANTES.

Service du Dr Trillat, 1935 ; 443. P..., 43 ans, IX^e geste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

La malade n'a jamais présenté ni scarlatine ni néphrite. Elle *sait être hypertendue depuis 4 ans* avec une tension maxima de 18 à 20. Elle suit mal le régime lacto-végétarien qui lui a été prescrit.

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX.

Quatre accouchements spontanés à terme, en 1924, 1926, 1929 et 1933.

Quatre accouchements terminés au forceps en 1923, 1925, 1927 et 1930.

Les sept premiers sont vivants en bonne santé, *le dernier était un mort-né.*

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 15 septembre. A.P. : 25 juin.

La gestation a été bien supportée pendant les 6 premiers mois.

Au début du septième mois, installation d'œdèmes aux membres supérieurs et inférieurs, et découverte d'une albuminurie. Malgré un régime strict, la T.A. maxima monte rapidement à 25, des céphalées tenaces et des signes de pré-éclampsie apparaissent s'accompagnant le 20 *avril* d'une sensation de brouillard devant les yeux.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 20 AVRIL 1935.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de 7 mois, fœtus petit (hauteur utérine 21 cm.), en présentation du sommet. B.C. perçus.

Du point de vue médical :

La malade se plaint surtout de ses troubles visuels, l'auscultation cardiaque révèle un bruit de galop net

On note, par ailleurs :

Un très gros disque d'albumine.

T.A. : 22/14,5, avec tension moyenne : 15,5.

Urée sanguine : 0,92.

Diurèse : 600 gr.

Wassermann : négatif.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

Le 21 avril, on note :

Albuminurie : 4,50 ‰.

T.A. : 19,5/13,5.

Diurèse : 300 gr.

Examen oculaire : *Rétinite albuminurique bilatérale* plus marquée à gauche, œdèmes papillaires peu accentués. Exsudats extrêmement abondants, régulièrement répartis sans figure stellaire, à droite papille décolorée.

Le Dr Eparvier, en raison de l'existence des lésions du fond d'œil, décide d'interrompre la grossesse.

ACCOUCHEMENT : Mise en place d'une bougie de Trillat, le 21 avril.

Durée du déclanchement : 9 heures.

Durée du travail : 12 heures.

Au cours de l'accouchement, les bruits du cœur cessent d'être entendus. Deux heures après, on rompt artificiellement les membranes.

Expulsion spontanée d'une fille mort-née de 1.200 gr.

Délivrance spontanée, le placenta pèse 400 gr.

Deux heures après l'accouchement, hémorragie assez importante, au cours de laquelle la T.A. tombe à 9,5/7.

SUITES : *Du point de vue puerpéral* : On note un clocher thermique à 38°2 le surlendemain de l'accouchement.

Du point de vue médical : L'examen oculaire ne montre aucune modification le lendemain de l'accouchement, mais une rétrocession très nette des exsudats le onzième jour.

La T.A. descend progressivement :

à 15,5/9 le dixième jour,

à 14,5/9 le vingt-et-unième jour.

La diurèse passe à 1.200 gr. le troisième jour, l'urée à 0,37 à la même date.

L'albuminurie ne persiste plus qu'à l'état de traces le treizième jour.

Le 10 mai, au vingtième jour, un examen cytologique des urines montre l'existence de quelques cylindres granuleux et de petites cellules rénales.

Au trentième jour, l'état général est très amélioré, les lésions oculaires sont en voie de disparition, la malade est soumise à un traitement par l'acétylcholine.

XLVI

OBSERVATION 10

ALBUMINURIE PASSAGÈRE AU COURS DE L'ADOLESCENCE RÉAPPARAIS-
SANT A DOSE MASSIVE AU COURS DU DERNIER MOIS D'UNE PREMIÈRE
GESTATION ET S'ACCOMPAGNANT D'ŒDÈMES ET D'HYPERTENSION ARTÉ-
RIELLE. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL PAR BOUGIE DE TRILLAT
24 JOURS AVANT TERME. — MORT DE L'ENFANT AU COURS DE L'ACCOU-
CHEMENT. — PERSISTANCE D'UNE NÉPHRITE CHRONIQUE.

Service du Dr Trillat, 1937 ; 1352. M..., 28 ans, primigeste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

En dehors d'une rougeole et d'une pleurésie, à la suite de laquelle des réserves auraient été faites sur l'état d'un des sommets pulmonaires, on retient surtout *la découverte fortuite, à l'âge de 12 ans, d'une albuminurie* qui aurait persisté pendant un mois.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 6 mars. A.P. : 16 janvier.

La grossesse aurait été bien supportée au cours des 8 premiers mois. Un examen d'urines aurait même été négatif le 27 novembre.

Au début du neuvième mois, le médecin traitant découvre une grosse albuminurie et fait hospitaliser la malade.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 18 DÉCEMBRE.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de 8 mois, fœtus mobile et vivant.

Du point de vue médical :

Malade présentant de très volumineux œdèmes aux membres supérieurs, aux membres inférieurs et à la face.

On note :

Albumine : 10 gr. ‰ dans les urines.

T.A. : 16,5/10.

Diurèse : 1.750 gr.

Wassermann : négatif dans le sang.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

Mise à la diète hydrique, après administration de chloral et application de ventouses scarifiées sur la région lombaire, la malade ne présente aucune amélioration.

Le 21 décembre :

Albuminurie : 6 gr. ‰.

T.A. : 16/9.

Urée : 0,34 ‰.

Diurèse : 150 gr.

Les œdèmes sont en légère diminution.

Le 23 décembre, le fœtus est en présentation du sommet amorcée ; on décide de provoquer l'accouchement.

ACCOUCHEMENT : Le 23 décembre, sous anesthésie générale, mise en place d'une bougie de Trillat.

Durée du déclanchement : 6 heures.

Les bruits du cœur fœtal cessent d'être entendus au moment où apparaissent les premières douleurs ; la rupture des membranes ne se fera que 26 heures après l'introduction de la bougie.

Durée du travail : 21 heures.

Expulsion spontanée d'un garçon mort-né de 2.880 gr.

Délivrance spontanée, le placenta pèse 760 gr. et présente des infarctus blancs.

SUITES : Du point de vue puerpéral : La température est à 39° le soir de l'accouchement ; apyrexie ultérieurement.

Du point de vue médical : On traite la malade par des extraits hépatiques en injections intra-musculaires pour essayer d'enrayer le processus rénal (D^r Thiers). En outre, cure digitale à dater du dixième jour.

Quinze jours après l'accouchement, on note :

Albuminurie : 4 gr. ‰.

T.A. : 12,5/7,5.

Le vingt-cinquième jour :

Albumine : 0,80.

T.A. : 14/8,5.

L'examen cytologique montre la présence de pus et de rares cellules épithéliales dans les urines.

Dans le sang, on dose :

Protéines totales : 71 gr.

Sérines : 50.

Globulines : 21.

Cholestérine : 1,04.

Rapport Sérines/Globulines = 2,3.

L'examen ophtalmoscopique montre l'existence d'hémorragies et d'exsudats papillaires discrets des deux côtés, sans œdèmes de la papille et sans dilatation des vaisseaux.

Du point de vue cardiaque, on constate l'existence d'un gros cœur dont les bruits sont normaux.

A des examens ultérieurs, la sortie de la malade s'étant effectuée au trente-deuxième jour, on note :

Le 11 février 1938 :

T.A. : 15,5/7,5.

Albuminurie : +.

Le 19 février :

T.A. : 14/7.

Albuminurie : 0,50 ‰.

Le 6 avril :

T.A. : 12/7.

Persistance de l'albuminurie.

PYÉLITES

XLVII

OBSERVATION 1

PYÉLITE A ÉVOLUTION SURAIGUE. — DÉCLANCHEMENT MÉDICAMENTEUX DU TRAVAIL UN MOIS AVANT TERME. — SHOCK OBSTÉTRICAL. — MORT DE LA MÈRE 6 HEURES ET DE L'ENFANT 10 HEURES APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

Service du P^r Voron, 1933 ; 320. R..., 25 ans, primigeste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Rougeole et oreillons dans l'enfance. Bonne santé habituelle.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 1^{er} avril. A.P. : 10 janvier.

Dès le quatrième mois, apparition d'un point douloureux thoracique au niveau de l'omoplate gauche persistant et s'accompagnant bientôt d'une température oscillant entre 38 et 40°.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 28 NOVEMBRE 1933.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de 7 mois $\frac{1}{2}$, fœtus mobile, B.C. perçus.

Du point de vue médical :

Malade prostrée, état général très médiocre.

Eréthisme cardiaque avec légère exophtalmie.

Région lombaire droite très douloureuse, présentant un empatement manifeste.

Langue rôtie.

Gros amaigrissement récent.

On note, par ailleurs :

Albuminurie : 0.

Diurèse : 1.800 gr.

Coefficient de Maillard : 25.

Urée sanguine : 0,18 ‰.

L'examen des urines accuse l'existence de pus et de très nombreux colibacilles.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

La température continue à osciller entre 36 et 40°, l'état général s'aggrave rapidement ; on décide d'intervenir.

ACCOUCHEMENT : *Trente-six jours avant terme*, mise en jeu de la méthode de Hauch.

Déclanchement du travail dès après la première injection d'hypophyse.

Durée du travail : 3 h. 30.

Expulsion spontanée d'une fille de 2.000 gr. d'aspect médiocre.

Délivrance spontanée, placenta de 400 gr.

SUITES : Deux heures après l'accouchement, *shock* qui semble se dissiper rapidement sous l'influence du traitement habituel.

3 heures après l'accouchement, les phénomènes de *shock* réapparaissent et ne cessent de s'accroître jusqu'à la mort qui survient à la sixième heure.

Opposition à l'autopsie.

L'enfant meurt à la dixième heure.

XLVIII

OBSERVATION 2

PYÉLITE A FORME TOXIQUE APPARUE AU SIXIÈME MOIS DE LA GROSSESSE. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL TRENTE-SIX JOURS AVANT TERME. — SUITES EXCELLENTE.

Service du Dr Trillat, 1934 ; 131. — Q..., 35 ans, IV^e geste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Bronchite dans l'enfance ; bonne santé habituelle.

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX.

Trois accouchements spontanés à terme, en 1921, 1923 et 1929.

Deux filles et un garçon actuellement vivants.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 20 mai 1933. A.P. : fin fév. 1934.

L'état général a été excellent au cours des 6 premiers mois. A l'issue de ceux-ci, épisode grippal qui se précise et prend l'aspect d'une pyélonéphrite.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 26 DÉCEMBRE 1933.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de 7 mois, fœtus vivant en présentation du sommet.

Du point de vue médical :

État général atteint, température élevée.

On note :

L'absence d'albumine et d'œdèmes.

Une diurèse de 1.000 gr.

Une T.A. à 12/7.

Coef. de Maillard : 7,97.

Wassermann : négatif.

Hémoculture donnant lieu au développement d'un bacille identifié comme bacille d'Eberth (?).

Les urines contiennent des polynucléaires dégénérés et des colibacilles.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

La malade est traitée par un auto-vaccin (3 milliards de germes par centimètre cube).

Le 16 janvier, la température reste oscillante, l'état général est franchement mauvais, un subictère net est apparu et la scène clinique est dominée par des vomissements graves et répétés. Un piqueté érythémateux parsème les membres inférieurs.

On note :

Albumine : 0.

Acétone : 0.

T.A. : $7\frac{1}{2}$ /3.

Urée sanguine : 0,30.

Les urines restent abondantes (1.000 gr.), mais contiennent des sels et des pigments biliaires.

On décide d'interrompre la grossesse.

ACCOUCHEMENT : *Le 24 janvier*, introduction d'une bougie de Trillat (rupture des membranes un quart d'heure après).

Déclanchement du travail : coïncidant avec la rupture spontanée des membranes.

Durée du travail : 2 h. 15.

Expulsion spontanée d'une fille de 2.830 gr., de bon aspect ; la réaction de Wassermann est négative dans le sang du cordon.

Délivrance spontanée, placenta de 500 gr.

SUITES : *Du point de vue puerpéral* : excellentes.

Du point de vue médical : Amélioration rapide de l'état général, apyréxie à partir du sixième jour.

État satisfaisant à la sortie au vingt-cinquième jour.

L'enfant, allaité artificiellement, pèse 2.700 gr. au 10^e jour.

XLIX

OBSERVATION 3

PYÉLITE APPARUE AU SEPTIÈME MOIS. — POUSSÉE AIGÜE AU COURS DU NEUVIÈME MOIS. — DÉCLANCHEMENT MÉDICAMENTEUX DU TRAVAIL TROIS SEMAINES AVANT TERME. — SUITES EXCELLENTEES.

Service du P^r Voron. 1934 ; 1344. B..., 23 ans, primigeste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Aucun élément suspect.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 28 fév. 1934. A.P. : 10 déc. 1934.

Au cours des premiers mois, on a noté des vomissements assez graves avec douleurs abdominales et amaigrissement.

L'affection actuelle a débuté le 10 octobre par des douleurs lombaires accompagnées de vomissements et de constipation.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 20 OCTOBRE 1934.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de 7 mois $\frac{1}{2}$, fœtus vivant en présentation du sommet mobile.

Du point de vue médical :

Etat général médiocre, température oscillante entre 36,8 et 39,5 qu'elle atteint le quatrième jour.

On note :

Albumine : traces.

T.A. : 9/6,5.

Diurèse : 1.000 gr.

Les urines contiennent du pus, des cellules épithéliales et des colibacilles.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

Traitée par un auto-vaccin à partir du 2 novembre, la malade présente une amélioration passagère qui permet tout d'abord d'élargir le régime:

Le 10 novembre, nouvelle poussée de pyélite avec température dépassant 40, douleurs très marquées dans la fosse iliaque droite. Urines extrêmement purulentes.

Le 13 novembre, en 10 jours, la malade a perdu 2 kilogs.

Aujourd'hui, on note :

Albumine : 0,10.

Coef. de Maillard : 19.

Urée sanguine : 0,28.

Le fœtus est actuellement en présentation du sommet fixée, la hauteur utérine est de 29 cm.

ACCOUCHEMENT : Le 16 novembre, on met en jeu la méthode de Hauch.

Déclanchement immédiat du travail.

Durée du travail : 4 h. 35.

Expulsion spontanée d'une fille vigoureuse de 3.050 gr.

Délivrance spontanée, placenta de 430 gr.

SUITES : *Du point de vue puerpéral* : excellentes.

Du point de vue médical : La température ne dépasse 38° qu'une seule fois, le soir du cinquième jour.

La malade quitte le service au onzième jour, en très bon état.

Les urines ne contiennent ni pus, ni albumine à ce moment.

L'enfant, allaité par sa mère, pèse 3.050 gr. le onzième jour.

Revu en août 1938, son développement apparaît normal.

PYÉLONÉPHRITES

L

OBSERVATION 1

PYÉLONÉPHRITE GRAVIDIQUE A FORME TOXIQUE. — INTERRUPTION DE LA GROSSESSE SEIZE JOURS AVANT TERME SOUS ANESTHÉSIE RACHIDIENNE APRÈS MISE EN TRAIN DU TRAVAIL A LA BOUGIE DE KRAUSE. — GUÉRISON MATERNELLE. — MORT DE L'ENFANT AU VINGT-HUITIÈME JOUR.

Service du Dr Rhenter, 1930 ; 363. C..., 29 ans, primigeste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Rien n'est signalé.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 23 juillet. A.P. : 13 avril.

L'état général est satisfaisant au cours des 5 premiers mois de la gestation.

L'affection actuelle a débuté au cours du sixième mois par une hématurie précédée de pollakiurie et de douleurs à la miction. Peu de temps après, douleurs lombaires droites, température à grandes oscillations avec frissons intercurrents.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 3 FÉVRIER 1930.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de 6 mois avec hauteur utérine de 20 cm. Fœtus mobile. B.C. perçus.

Du point de vue médical :

La malade qui se plaint d'une très violente douleur lombaire à droite présente surtout des vomissements presque incoercibles.

Température : 39°5, pouls rapide.

Albumine : un gros disque.

T.A. : $9\frac{1}{2}/4\frac{1}{2}$.

Diurèse : 800 gr.

Les urines très troubles contiennent du pus et des colibacilles.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

Mise au régime habituel et soumise à une thérapeutique à base de bactériophage et d'adrénaline, la malade, après un séjour de un mois dans le service présente une amélioration nette avec apyrexie pendant une semaine. On l'autorise à c moment à rentrer chez elle.

Le 25 mars, elle entre à nouveau à l'hôpital.

La température depuis une dizaine de jours s'est rallumée avec clochers à 40°.

Maigrissement de 14 kgs depuis le début de la grossesse.

Traces d'albumine et présence nette d'acétone et de pigments biliaires dans les urines.

Oligurie à 600 gr.

Urée sanguine : 1,08 ‰.

Du point de vue clinique, on retient surtout la persistance et l'aggravation des vomissements qui s'accompagnent de subictère des conjonctives et même d'une atteinte très nette de l'état psychique.

Le fœtus est en présentation du sommet amorcée, la hauteur utérine est de 27 cm.

ACCOUCHEMENT : Le 27 mars, mise en place d'une bougie de Krause.

Le déclanchement du travail n'est pas obtenu, les membranes se sont cependant rompues 13 heures après la mise en place de la bougie.

Le 29 mars, la dilatation est presque nulle.

On décide, après avoir dilascéré les membranes, de terminer par une rachi-anesthésie faite aussitôt avec 0 gr. 08 de scurocaïne.

Dilatation digitale du col très facile. Une application de forceps permet l'extraction d'une fille de 2.350 gr. qui présente un céphalématome.

Depuis le début de la rachi-anesthésie, jusqu'à la sortie de l'enfant, il s'est écoulé 35 minutes.

Délivrance spontanée, placenta de 420 gr.

SUITES : *Du point de vue puerpéral* : aucune anomalie.

Du point de vue médical : Dès le surlendemain de l'accouchement, les vomissements cessent.

Les signes de pyélite persistent plus longtemps : poussée thermique au-dessus de 39° le douzième et le treizième jour avec cependant défervescence rapide et apyrexie à partir du seizième.

On note :

Le 30 mars :

Urée sanguine : 0,65 ‰.

Le 7 avril :

Urée sanguine : 0,25 ‰.

Albuminurie : néant.

Le 2 juin, la malade revue par le Dr Rhenter conserve de l'intervention une grosse cicatrice cervico-vaginale.

L'enfant meurt au vingt-huitième jour après avoir présenté de la pyodermite, un œdème sans cause précise du membre supérieur droit et une hypoglobulie (à 2.263.000 globules rouges).

LI

OBSERVATION 2

PYÉLONÉPHRITE GRAVIDIQUE A FORME TOXIQUE. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL PAR BOUGIE DE KRAUSE QUARANTE-NEUF JOURS AVANT TERME. — SUITES SATISFAISANTES.

Service du Pr Voron, 1930 ; 612. J..., 21 ans, primigeste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Rougeole dans l'enfance ; aucun passé rénal.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 23 octobre. A.P. : 3 août.

Grossesse bien supportée jusqu'au *cinquième mois*, à ce moment apparition de douleurs lombaires accompagnées de température subfébrile.

Cette atteinte de pyélonéphrite nécessite une *première hospitalisation* à la Première Infirmerie de la Charité où la malade reste jusqu'au 28 avril, bénéficiant d'une série d'auto-vaccins (colibacille et entérocoques) et repartant ensuite chez elle.

Après une amélioration passagère de 3 semaines, les signes rénaux s'installent à nouveau, s'accompagnant cette fois de

vomissements et décidant la malade à une seconde hospitalisation.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 16 MAI 1930.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de 7 mois, fœtus mobile, B.C. perçus.

Du point de vue médical :

Aggravation de l'état général depuis le précédent séjour à l'hôpital, les vomissements dominent aujourd'hui la scène clinique.

La malade se plaint de douleurs lombaires bilatérales.

On note, par ailleurs :

Température subfébrile au voisinage de 38°.

T.A. à 10,5/6.

Wassermann : négatif.

Urée sanguine : 0,35 ‰.

Diurèse : 800 gr.

Coef. de Maillard : 15,3.

Les urines contiennent du pus et des colibacilles.

On y trouve :

2,11 ‰ de NaCl.

4,50 ‰ d'urée.

L'examen endoscopique montre une muqueuse vésicale rouge très irritée et le cathétérisme de l'uretère droit amène l'évacuation d'une grande quantité d'urine purulente.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

Le 24 mai, il est impossible de cathétériser l'uretère gauche, on instille une solution de nitrate d'argent dans l'uretère et le bassinets droits.

Par ailleurs, on note :

A l'examen des urines :

Albumine : 2 gr. ‰.

Coef. de Maillard : 10,3.

Présence de pigments et de sels biliaires.

Urée : 9,57 ‰.

NaCl : 6,20 ‰.

A l'examen du sang :

L'urée est de 0,45 ‰.

Une nouvelle série d'injections d'auto-vaccin est en cours.

Le 31 mai, les vomissements persistent, entraînant un amaigrissement qui atteint 500 gr. certains jours.

Le cathétérisme des uretères est impossible des deux côtés.

Les urines restent purulentes.

Diurèse : 500 gr.

Albumine : 3,10 ‰.

Urée sanguine : 0,33 ‰.

Le 11 juin. Depuis 3 semaines, la malade a perdu 7 kilos ; elle ne dort plus, l'état général est très mauvais.

ACCOUCHEMENT : *Le 14 juin*, mise en place d'une bougie de Krause ; rupture immédiate des membranes.

Durée du déclanchement : $\frac{1}{2}$ heure.

Durée du travail : 5 h. 30.

Expulsion spontanée d'une fille de 1.730 gr.

Délivrance spontanée, placenta de 320 gr.

SUITES : *Du point de vue puerpéral* : normales.

Du point de vue médical : Les vomissements disparaissent en 2 jours $\frac{1}{2}$, et l'état général s'améliore vite, les signes urinaires persistent.

Le 2 juillet, l'examen endoscopique révèle une guérison de la muqueuse vésicale, les deux uretères peuvent être cathé-
térisés et l'on note :

— à gauche : légère irritation pyélique, urines encore pu-
rulentes avec :

7,60 de NaCl ‰.

6,37 d'urée ‰.

— à droite : pus, globules rouges et colibacilles avec :

3,51 de NaCl ‰.

6,75 d'urée ‰.

Instillation des deux côtés d'une solution de nitrate d'ar-
gent.

Ces signes urinaires maintiennent la malade à l'hôpital plus de trois semaines, mais disparaissent progressivement.

Six mois après, aucun symptôme n'est plus décelable.

L'enfant, d'abord élevé en couveuse est mis à l'allaitement mixte. Il se développe de la façon la plus heureuse, pèse 2.050 gr. le 26^e jour, et *six mois après* se comporte normale-
ment.

LII

OBSERVATION 3

BASSIN APLATI ET GÉNÉRALEMENT RÉTRÉCI. — PYÉLONÉPHRITE AP-
PARUE AU CINQUIÈME MOIS DE LA GESTATION AVEC POUSSÉE AIGÜE AU
COURS DU NEUVIÈME MOIS. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL PAR DÉCOL-
LEMENT DU PÔLE INFÉRIEUR DE L'ŒUF DIX-SEPT JOURS AVANT TERME.
— SUITES EXCELLENTE.

Service du P^r Voron, 1933 ; 389. P..., 24 ans, primigeste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Aucun élément suspect n'est signalé.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 28 mars. A.P. : 7 janvier.

Au cours des 5 premiers mois, les urines examinées régu-
lièrement ont été claires et n'ont pas contenu d'albumine.

Le 28 août, la malade accuse un malaise général avec courbatures et céphalées, puis apparaît une douleur lombaire droite qui s'accompagne d'une élévation thermique à 40°. Les urines examinées à ce moment sont troubles.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 5 SEPTEMBRE 1933.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de 5 mois $\frac{1}{2}$, fœtus en présentation du siège. B.C. perçus, léger excès de liquide amniotique.

Bassin aplati et généralement rétréci (avec promontoire atteint à 10 cm. 5) estimé suffisant pour un enfant de 3 kilogs.

Du point de vue médical :

Etat général médiocre avec frissons chaque soir, pollakiurie et signes fonctionnels de cystite.

On note par ailleurs :

Une température oscillante entre 38 et 40.

Des urines troubles mais abondantes (1.500 à 2.500 gr. par jour), et ne contenant pas d'albumine.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

La malade est soumise à un traitement par auto-vaccin et urotropine.

Le 15 novembre, on note : « deux semaines après l'institution de la vaccinothérapie, l'état général et la température sont devenus satisfaisants pendant un mois. Une nouvelle poussée est survenue à l'issue de ce laps de temps avec amaigrissement et pyurie ». On institue une nouvelle série d'injections d'auto-vaccin.

Le 20 décembre, un nouvel accès de pyélonéphrite est survenu après une accalmie de 3 semaines.

La fièvre s'est rallumée.

Albuminurie de 0,75 ‰.

L'enfant présente un développement très suffisant ; le P^r Voron décide, autant à cause de la pyélonéphrite qu'en raison de l'état pelvien, de provoquer l'accouchement.

ACCOUCHEMENT : *Le 20 décembre*, mise en jeu de la méthode de Hauch : échec.

Le 22 décembre, décollement du pôle inférieur de l'œuf.

Déclanchement du travail au bout de 10 heures.

Durée du travail : 12 heures.

Expulsion spontanée d'un garçon de 3.200 gr., d'aspect satisfaisant.

Délivrance spontanée, placenta de 550 gr.

SUITES : *Du point de vue puerpéral* : excellentes.

Du point de vue médical : Guérison de l'affection urinaire en quelques jours ; sortie au douzième jour.

L'enfant, allaité par sa mère, pèse 3.300 gr. le quatorzième jour.

Revu en août 1938, son développement est tout à fait normal.

LIII

OBSERVATION 4

PYÉLONÉPHRITE DÉCELÉE AU COURS DU DERNIER MOIS DE LA GESTATION NE S'ACCOMPAGNANT D'AUCUNE HYPERTHERMIE. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL PAR BOUGIE DE TRILLAT NEUF JOURS AVANT TERME. — SUITES EXCELIENTES.

Service du D^r Trillat, 1934 ; 859. S..., 23 ans, primigeste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Aucun élément suspect n'est signalé.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 9 octobre. A.P. : 19 juillet.

L'état général a été excellent au cours des huit premiers mois de la gestation.

Au cours du *neuvième mois*, la malade présente des signes de pyélonéphrite pour lesquels elle est hospitalisée.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 3 JUILLET 1934.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse au voisinage du terme (hauteur utérine de 30 cm.), fœtus vivant en présentation du sommet fixée.

Du point de vue médical :

La malade *qui présente une température normale* et dont l'examen somatique est négatif, a des urines troubles. L'examen bactériologique révèle la présence de colibacilles et d'entérocoques.

Par ailleurs :

Albuminurie : 2 gr. ‰.

T.A. : 12/7,5.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

Malgré la diète hydro-lactée et une série d'injections d'autovaccin, la pyurie et l'albuminurie persistent inchangées.

On décide de provoquer l'accouchement.

ACCOUCHEMENT : Le 10 juillet 1934, introduction sous anesthésie générale d'une bougie de Trillat (rupture spontanée des membranes 8 heures après).

Durée du déclanchement : 2 heures.

Durée du travail : 17 heures.

Expulsion spontanée d'un garçon de 2.270 gr.

Délivrance spontanée, le placenta pèse 410 gr. et présente des infarctus.

SUITES : *Du point de vue puerpéral :* Température subfébrile les premiers jours, avec un clocher à 38°2 le troisième jour.

Du point de vue médical : Disparition de l'albumine au quatrième jour.

Sortie de la malade dans un état satisfaisant le 10^e jour.

L'enfant se développe bien et pèse 2.350 gr. le dixième jour.

ANÉMIE

LIV

OBSERVATION 1

ANÉMIE GRAVE. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL CINQ SEMAINES AVANT TERME PAR POGIE DE KRAUSE. — SUITES TRÈS SATISFAISANTES.

Service du P^r Voron, 1929 ; 50. V..., 32 ans, III^e geste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

« Chlorose » à l'âge de 15 ans.

Accidents hépatiques à l'âge de 20 ans.

A 29 ans, ictère très foncé, précédé de violentes coliques abdominales, entraînant une décision opératoire.

A l'intervention, les voies biliaires paraissent normales et l'origine de l'ictère n'est pas découverte.

Depuis cette époque, persistance de troubles digestifs.

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX.

En 1921 et 1922, accouchements spontanés à terme d'enfants actuellement vivants.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 11 mai. A.P. : 21 février.

Au cours des six premiers mois, la grossesse a été assez bien supportée. A partir du 15 décembre, pâleur et asthénie progressives, puis apparition d'anorexie et de vomissements.

Le 7 janvier, la malade consulte le D^r Pigeaud, qui constate l'existence d'une anémie très marquée sans ictère, mais avec de petits œdèmes malléolaires.

La T.A. est à 10,5/6.

L'albumine à 0,15 ‰.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 11 JANVIER 1929.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de 7 mois $\frac{1}{2}$, fœtus en présentation du sommet.

B.C. perçus.

Du point de vue médical :

La malade présente une teinte cireuse avec un léger subictère, la rate est un peu augmentée de volume, on ne perçoit pas le foie.

Au cœur, l'auscultation révèle la présence de souffles anémiques.

Par ailleurs, on note :

Albuminurie : traces.

Sels biliaires dans les urines : présence.

Pigments biliaires dans les urines : néant.

T.A. : 12/7.

Coef. de Maillard : 8.7.

A l'examen du sang, on compte :

1.230.000 globules rouges avec anisocytose-poïkylocytose
et présence de quelques globules rouges nucléés.
11.000 globules blancs.

Taux de l'hémoglobine : 70 %.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

La malade absorbe 200 gr. de foie de veau par jour.

Le 13 janvier, on note :

1.000.000 de globules rouges.

9.000 globules blancs.

Le 14 janvier :

932.000 globules rouges.

32.000 globules blancs.

Persistance d'anisocytose et de poïkylocytose. La formule leucocytaire accuse la présence de nombreux myélocytes et d'une polynucléose à 80 %.

Par ailleurs : ni acétone, ni pigments biliaires dans les urines, T.A. à 12/7.

L'anémie et son cortège fonctionnel s'aggravent de jour en jour.

Le 15 janvier :

870.000 globules rouges.

13.000 globules blancs.

On décide l'interruption de la grossesse.

ACCOUCHEMENT : Le 15 janvier, mise en place d'une bougie de Krause.

Durée du déclanchement : 1 heure ; les membranes se rompent en même temps que débutent les douleurs.

Durée du travail : 17 heures ; la dilatation progressant mal, on la complète sous anesthésie générale et on termine par une *version podalique*.

Extraction d'un garçon de 2.650 gr. qui naît étonné mais qu'on ranime facilement.

Délivrance spontanée, le placenta pèse 400 gr.

6 heures après l'accouchement, on pratique une transfusion sanguine de 350 cm³.

SUITES : *Du point de vue puerpéral* : aucun incident.

Du point de vue médical : l'état s'améliore rapidement.

Le 17 janvier :

T.A. : 8/5.

1.500.000 globules rouges.

16.000 globules blancs.

Le 21 janvier :

T.A. : 11/7.

1.900.000 globules rouges.

9.000 globules blancs.

A la sortie, au seizième jour :

T.A. : 13/9.

3.500.000 globules rouges.

12.000 globules blancs.

L'enfant, quoique une réaction de Wassermann ait été légèrement positive chez la mère et malgré l'allaitement artificiel, se développe normalement.

Il pèse 2.780 gr. le seizième jour, et à un an, son état est entièrement satisfaisant.

DIABÈTE

LV

OBSERVATION I

DIABÈTE DÉCELÉ AU HUITIÈME MOIS D'UNE NEUVIÈME GESTATION, MAIS AYANT PROBABLEMENT PRÉEXISTÉ AU COURS DE LA GROSSESSE PRÉCÉDENTE. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL UN MOIS AVANT TERME PAR BOUGIE DE KRAUSE. — ENFANT VIVANT DE 3.600 GRAMMES. — SUITES EXCELLENTES.

Service du Pr Voron, 1929 ; 585. F..., 45 ans, IX^e geste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Aucun élément suspect n'est à relever du point de vue purement médical.

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX.

— Un accouchement prématuré à six mois.

— Un accouchement gémellaire spontané à terme avec mort des deux jumeaux.

— Cinq accouchements spontanés à terme d'enfants vivants.

— Un accouchement spontané à terme d'un mort-né de 6 kgs, en 1927, à la suite de la dernière grossesse. Au cours de cette dernière gestation, la malade aurait accusé des troubles fonctionnels multiples avec polydipsie, polyphagie et polyurie, mais aucun examen d'urine ne fut fait pour rechercher la possibilité d'une glycosurie.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 14 octobre. A.P. : 24 juillet.

L'état général a été satisfaisant au cours des premiers mois. Depuis le *huitième mois*, la malade présente un appétit anormal et des signes fonctionnels faisant penser à l'existence d'un diabète. On découvre alors, pour la première fois, l'existence de sucre dans les urines.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 14 JUIN 1929.

Du point de vue obstétrical :

L'utérus a le volume d'un utérus à terme (hauteur utérine 33 cm.). On note un excès de liquide ; fœtus en présentation du sommet ; B.C. perçus.

Du point de vue médical :

L'examen somatique est négatif. On note simplement :

Glycosurie : 21,5 ‰.

Acétonurie : néant.

Coef. de Maillard : 10,74.

Glycémie : 2,07 ‰.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

La malade est mise au régime classique, sans sucre et sans féculents.

Le 22 juin, on note :

Glycosurie : traces.

Glycémie : 1,25 ‰.

Un nouvel examen obstétrical accuse des signes très nets d'hydramnios, l'enfant semble peser au moins 3.500 grammes. Il est en présentation du sommet très mobile.

On décide d'interrompre la grossesse.

ACCOUCHEMENT : Le 25 juin, mise en place d'une bougie de Krause.

Durée du déclanchement : 48 heures.

Durée du travail : 15 h. 30 ; au cours du travail, le fœtus se présente par l'épaule. On rompt artificiellement les membranes et on pratique une version podalique assez laborieuse permettant d'extraire un garçon étonné de 3.500 grammes.

Délivrance spontanée, le placenta pèse 540 grammes.

Au cours de l'accouchement, on note l'écoulement d'une grande quantité de liquide amniotique ; ce liquide, de même que les urines de l'enfant, contient des traces de sucre.

SUITES : *Du point de vue puerpéral* : normales.

Du point de vue médical : sortie au 11^e jour. Dès le lendemain de l'accouchement, la glycosurie ne persiste qu'à l'état de traces.

L'enfant, allaité par sa mère, pèse 3.600 grammes le *onzième* jour.

LVI

OBSERVATION 2

DIABÈTE. — AGGRAVATION TRÈS NETTE DES SIGNES FONCTIONNELS ET HUMORAUX EN FIN DE GESTATION. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL UN MOIS AVANT TERME A DEUX GROSSESSES SUCCESSIVES PAR TOUGIE DE KRAUSE (PRÉCÉDÉE LA SECONDE FOIS DE L'ÉCHEC DES PROCÉDÉS MÉDICAMENTEUX). — SUITES EXCELLENTES.

Service du P^r Voron, 1931 ; 1090. B..., 28 ans, III^e geste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Père mort à 60 ans avec *gangrène diabétique d'un pied*.

Du point de vue personnel, crises douloureuses abdominales très violentes en 1926, étiquetées pancréatite par un médecin traitant ; ultérieurement, appendicectomie à chaud.

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX.

Accouchement spontané à terme en 1928 d'un enfant de 3 kgs.

En 1929, après une grossesse au cours de laquelle on aurait décelé déjà une légère glycosurie, accouchement spontané à terme d'un second enfant de 3.600 grammes.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 7 mars. A.P. : 17 décembre.

Dès le troisième mois, la malade accuse des malaises importants : lassitude, générale polydipsie, polyphagie, polyurie à 5 litres, amaigrissement et température subfébrile.

Une première analyse d'urine au sixième mois, montre une glycosurie de 66 ‰.

Une seconde analyse, le 9 octobre, montre à la fois, une glycosurie à 64 ‰ et une acétonurie nette.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 14 OCTOBRE.

Du point de vue obstétrical :

Le fœtus semble aussi volumineux qu'un fœtus à terme alors que la grossesse n'est qu'à son septième mois. Il n'existe pas d'hydramnios, B.C. perçus.

Du point de vue médical :

On note, à l'examen des urines :

Glycosurie : 3,25 ‰.

Acétonurie : quantité notable.

Coef. de Maillard : 28.

Diurèse au voisinage de 2.000.

A l'examen du sang :

Glycémie : 2,48.

Réserve alcaline : 31,6.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

La malade est mise au régime d'Abrami.

Le 23 octobre on note :

Glycosurie : 7 ‰.

Acétonurie : + +.

Coef. de Maillard : 52,47.

Glycémie : 2,69.

A partir du 28 octobre, on fait bénéficier la malade d'un traitement à l'insuline à raison de 15 unités par jour.

Après 5 jours de traitement, il n'y a plus de sucre dans les urines, la glycémie tombe à 1,66 ‰, la réserve alcaline étant de 48,36 ‰.

L'enfant continue à grossir, on décide d'interrompre la grossesse.

ACCOUCHEMENT : *Le 11 novembre*, introduction d'une bougie de Krause, les membranes ne se rompent qu'une heure trois quart avant l'accouchement.

Déclanchement du travail : le jour même.

Durée du travail : 7 h. 15.

Expulsion spontanée d'une fille vigoureuse de 4.020 gr.

Délivrance spontanée, le placenta pèse 750 gr.

SUITES : *Du point de vue puerpéral* : normales.

Du point de vue médical : parfaites ; à la sortie, au douzième jour, il n'y avait plus d'acétone dans les urines, la glycosurie était de 3,5 ‰ et la glycémie de 2,19. Grossesse suivante : voir obs. 3 (LVII).

L'enfant pèse 3.780 gr. au douzième jour, il est allaité par sa mère.

Semblant fragile, il se développera cependant correctement et sera encore vivant *sept ans après*.

LVII

OBSERVATION 3

Même malade que l'observation précédente : obs. 2 (LVI).

NOUVELLE GROSSESSE, 1933 ; 177.

D.R. : 17 juin 1932. A.P. : 27 mars 1933.

La malade revient très précocement se soumettre à un examen au deuxième mois. Son état général est satisfaisant, la glycosurie qui persistait à 20 gr. depuis le précédent ac-

couchement, a augmenté avec la nouvelle grossesse atteignant 55 gr.

On ne trouve au moment de ce premier examen aucun motif à un avortement thérapeutique.

La glycosurie après repos et régime est de 9,77 ‰.

La glycémie est à 1,3 ‰.

Coef. de Maillard : 3,2.

Acétonurie : néant.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

En septembre, au cours du quatrième mois, on note :

Glycosurie : 30,55 ‰.

Acétonurie : néant.

Coef. de Maillard : 7,3.

Glycémie : 1,51.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 15 JANVIER 1933.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse en évolution, hauteur utérine de 28 cm., B.C. perçus.

Du point de vue médical :

La malade se plaint de céphalées, de vertiges, de troubles visuels elle a beaucoup maigri, et on note :

Glycémie : 3,3 ‰.

Réserve alcaline : 51,8 ‰.

On accorde un régime assez large, avec injections de 20 unités d'insuline par jour.

Le 18 février, après une semaine passée sans insuline, on note la réapparition des troubles fonctionnels avec amaigrissement de 1 kg depuis le 16 janvier.

Les examens donnent :

Glycosurie : 37,1 ‰.

Acétonurie : +.

Glycémie : 3 ‰.

Coef. de Maillard : 21,3.

Réserve alcaline : 48.

On passe de 20 à 30 unités d'insuline par jour.

L'enfant est gros, il n'existe pas d'hydramnios, on décide d'interrompre la grossesse.

ACCOUCHEMENT : Le 27 février, après échec à 2 reprises des moyens médicamenteux, on introduit dans l'utérus une bougie de Krause, entraînant la rupture immédiate des membranes.

Durée du déclanchement : 6 h.

Durée du travail : 2 h. 20.

Expulsion spontanée d'un garçon vigoureux de 3.780 gr.

Délivrance spontanée, le placenta pèse 720 gr.

SUITES : *Du point de vue puerpéral* : aucun incident.

Du point de vue médical : on cesse l'insuline après l'avoir continuée pendant 5 jours.

Le 3 mars, on note :

Glycosurie : 7 ‰.

Acétonurie : néant.

Glycémie : 1,4 ‰.

Réserve alcaline : 56.

A la sortie du seizième jour, la glycémie est à 1,25.

L'enfant pèse 3.660 gr. le seizième jour.

En 1938, *cinq ans après*, son développement est satisfaisant.

LVIII

OBSERVATION 4

DIABÈTE GRAVIDIQUE. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL PAR BOUGIE
DE TRILLAT TROIS SEMAINES AVANT TERME. — SUITES EXCELLENTE.

Service du D^r Trillat, 1937 ; 395. M., 34 ans, III^e geste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Aucun élément suspect.

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX.

En 1929, accouchement spontané en présentation de la face d'un premier enfant mort-né.

En 1930, second accouchement, après version pour présentation de l'épaule, d'un autre mort-né.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 25 juillet. A.P. : 5 mai.

La gestation a été bien supportée pendant les 5 premiers mois.

Le 19 janvier, découverte fortuite de sucre dans les urines. Depuis, polydipsie et polyurie modérées.

Le 3 mars, on note :

Glycosurie : 36 ‰.

Acétonurie : ++.

Diurèse : 3.000.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 18 MARS 1937.

Du point de vue obstétrical :

Utérus difficile à examiner, on a l'impression d'un fœtus mobile, en présentation du sommet, avec excès de liquide. Hauteur utérine : 30 cm., B.C. perçus.

Du point de vue médical :

Etat général satisfaisant ; tout au plus, note-t-on des céphalées peu importantes et quelques fourmillements dans les membres.

L'examen du système nerveux est négatif.

On note, par ailleurs :

Albuminurie : traces.

T.A. : 13/8.

Glycosurie : 51 ‰.

Glycémie : 1,65 ‰.

Acétonurie : néant.

La diurèse est de 2 litres par jour, le poids de 73 kgs.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

La malade mise au régime habituel reçoit 60 unités *d'insuline* par jour.

Le 3 avril, on note :

Glycosurie : 22 ‰.

Acétonurie : néant.

La diurèse est de 2.000, le poids est de 74 kgs.

Le 10 avril, en raison du volume très suffisant de l'enfant, et de la notion de mort des deux enfants précédents, on décide d'interrompre la grossesse.

Le fœtus est en présentation transversale, une version par manœuvres externes le ramène en présentation du sommet.

ACCOUCHEMENT : Le 10 avril, le Docteur Eparvier met en place une bougie de Trillat, après avoir pratiqué un décollement du pôle inférieur de l'œuf.

Durée du déclanchement : 6 heures.

Durée du travail : 14 heures.

Après rupture artificielle des membranes, expulsion spontanée d'une fille vigoureuse, de 3.400 gr., ne présentant pas de sucre dans ses urines.

Délivrance spontanée, le placenta pèse 550 gr.

SUITES : *Du point de vue puerpéral* : sans incident.

Du point de vue médical : L'insuline est continuée à 40 unités jusqu'au 15 avril, puis à 20 unités jusqu'au 17 avril, date à laquelle on la supprime.

Le 14 avril, on note :

Glycémie : 0,96 ‰.

Le 17 avril :

Glycosurie : 4,45 ‰.

Le 20 avril :

Glycosurie : néant.

Départ au dix-neuvième jour.

Le 2-11-38. La malade déclare se porter très bien, elle

présente de façon intermittente une glycosurie de faible importance.

L'enfant n'est pas allaité par sa mère.

Il se développe très bien, quoique sa courbe pondérale semble un peu irrégulière, n'atteignant que 3.250 gr. le seizième jour.

Le 2-11-38 sa mère nous écrit qu'il a 10 dents et pèse 10 kgs 100. Il a présenté des troubles digestifs importants au cours de la première année et est actuellement soumis à un traitement anti-syphilitique.

LIX

OBSERVATION 5

DIABÈTE BÉNIN ET GESTATION. — DÉCLANCHEMENT MÉDICAMENTEUX DU TRAVAIL UN MOIS AVANT TERME. — SUITES EXCELLENTE.

Service du P^r Voron, 1937 ; 4.141. G., 37 ans, IX^e geste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Rien à signaler.

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX.

Sept grossesses normales avec accouchement à terme.

En 1936, huitième grossesse, au sixième mois de laquelle on dépiste une glycosurie ; elle se termine par l'accouchement spontané d'un mort-né.

Les sept premiers enfants sont vivants.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 15 avril. A.P. : 25 janvier.

La malade déclare n'avoir pas vu s'aggraver au cours des premiers mois, la polydipsie qu'elle accuse depuis sa précédente grossesse, avec une glycosurie habituelle de 10 gr. environ par jour et une diurèse de 2.000 gr.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 19 DÉCEMBRE 1937.

Du point de vue obstétrical :

Utérus volumineux dont les dimensions correspondent à celles d'une grossesse à terme. Excès de liquide et œdème de la paroi abdominale, fœtus en présentation du siège, B.C. perçus.

Du point de vue médical :

Après avoir pratiqué pendant quelques jours des injections de 20 unités d'insuline, on note :

Absence de glycosurie.

Acétonurie : traces.

Albuminurie : traces.

Glycémie : 0,94 ‰.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

L'insuline est diminuée à 10 unités par jour.

Le 21 décembre, une mutation spontanée s'est produite, transformant la présentation du siège en une présentation du sommet.

On décide d'interrompre la grossesse, en raison du volume de l'enfant et de la mort du dernier né.

ACCOUCHEMENT : Le 21 décembre, mise en jeu de la méthode de Hauch, modifiée par adjonction de spasalgine.

Déclanchement du travail : 12 heures.

Durée du travail : 12 heures.

Après évacuation d'une grande quantité de liquide amniotique (2.500 gr.), expulsion spontanée d'une fille vigoureuse, de 3.680 gr.

Délivrance spontanée, le placenta pèse 900 gr.

SUITES : Du point de vue puerpéral : excellentes.

Du point de vue médical : on note, le 22 décembre :

Glycémie : 1 gr. 30 ‰.

Glycosurie : néant.

Acétonurie : traces.

Albuminurie : traces.

La diurèse étant de 1.300 gr.

Le 25 décembre, on supprime l'insuline.

Le 27 décembre, on note :

Glycémie : 1,31 ‰.

Glycosurie : moins de 4 gr. ‰.

L'enfant, allaité par sa mère pèse 3.450 gr. le onzième jour.

A 10 mois, le 19-10-38, pèse 10 kgs 870, a 4 dents et un excellent état général.

CARDIOPATHIES

LX

OBSERVATION 1

INSUFFISANCE MITRALE ASSEZ BIEN COMPENSÉE. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL PAR BOUGIE DE KRAUSE UN MOIS AVANT TERME. — SUITES SATISFAISANTES.

Service du Dr Trillat, 1928 ; 946. F..., 27 ans, primigeste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Broncho-pneumonie à l'âge de 9 mois.

Rhumatisme articulaire aigu apparu à l'âge de 11 ans avec nombreuses récides depuis, malgré un traitement régulier au salicylate.

Cette affection s'est compliquée d'une insuffisance mitrale diagnostiquée depuis l'enfance.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 1^{er} oct. 1927. A.P. : 10 juillet 1928.

Dès le *quatrième mois*, la malade a présenté des crises de pseudo-asthme nocturne avec expectoration rosée.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 7 JUIN.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de 8 mois, fœtus en présentation du sommet fixée. B.C. perçus.

Du point de vue médical :

La malade présente de la dyspnée d'effort, une cyanose légère des extrémités et se plaint de palpitations. Il n'existe pas d'œdème, l'auscultation pulmonaire est négative.

L'auscultation cardiaque révèle au niveau de la pointe, qui n'est pas déviée et bat dans le cinquième espace intercostal, sur la ligne mamelonnaire, un souffle systolique se propageant très nettement dans l'aisselle et un peu vers la base. Il n'existe pas de dédoublement du deuxième bruit. Le rythme est régulier. A la palpation, on note un léger frémissement systolique de la pointe.

Par ailleurs :

Pas d'albumine dans les urines.

T.A. 13,5/7.

Pouls à 80.

On décide d'interrompre la grossesse le lendemain de l'admission.

ACCOUCHEMENT : Le 8 juin, mise en place d'une bougie de Krause.

Durée du déclanchement : 48 heures (les membranes sont restées intactes, jusqu'aux premières douleurs).

Durée du travail : 22 heures.

Extraction par une application de forceps à la vulve, d'un garçon de 2.570 gr. qui naît étonné; petite déchirure périnéale.

Délivrance spontanée, le placenta pèse 430 gr.

SUITES : *Du point de vue puerpéral et du point de vue médical* : excellentes.

La température ne dépasse pas 38° et la malade quitte le service au vingtième jour.

L'enfant n'est pas allaité par sa mère.

Ayant repris son poids de naissance le huitième jour, sa courbe pondérale a été par la suite un peu irrégulière, jusqu'à sa sortie.

En 1938, après avoir eu une première enfance coupée de

bronchites à répétition et avoir présenté à l'âge de 7 ans, des accidents septicémiques, dus à une plaie infectée d'un genou, il est dans un état satisfaisant, malgré un appétit médiocre.

LXI

OBSERVATION 2

RÉTRÉCISSEMENT MITRAL. — POUSSÉES ASTHMATIFORMES SEMBLANT INDÉPENDANTES DE LA LÉSION CARDIAQUE. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL PAR BOUGIE DE KRAUSE UN MOIS AVANT TERME. — MORT DE L'ENFANT AU BOUT DE 18 HEURES (HÉPATISATION PULMONAIRE A L'AUTOPSIE). — SUITES MATERNELLES PASSABLES.

Service du Dr Trillat, 1931 ; 894. R..., 38 ans, V° geste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Interrogatoire difficile, le père serait mort de tuberculose et la mère, d'affection cardiaque.

En ce qui concerne la malade elle-même : rougeole et bronchite en bas-âge.

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX.

Accouchements spontanés à terme en 1923-1925 et 1928.

Accouchement à terme, terminé par une application de forceps, en 1929.

Trois enfants actuellement vivants, le 4^e est mort à l'âge de un mois, de broncho-pneumonie.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 15 août. A.P. : 25 mai.

A 5 mois, la malade a été hospitalisée une première fois pour un épisode grippal, accompagné d'une bronchite diffuse bi-latérale.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 20 AVRIL.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de 8 mois, fœtus en présentation du sommet, B.C. perçus.

Du point de vue médical :

La malade se plaint essentiellement de présenter des crises d'asthme qui ne semblent pas à première vue devoir être attribuées à une décompensation cardiaque. La température est normale, l'auscultation révèle la présence de sibilances dans les deux champs pulmonaires, il n'existe pas d'œdèmes.

Au cœur, la pointe est déviée en dehors de la ligne mamelonnaire, l'auscultation permet d'affirmer l'existence d'un rétrécissement mitral avec murmure diastolique et roulement pré-systolique, la palpation révèle un frémissement systolique.

La T.A. est à 14/9.

Il n'existe pas d'albumine dans les urines.

On décide d'interrompre la grossesse peu après l'admission, en raison de l'intensité des crises de dyspnée.

ACCOUCHEMENT : *Le 25 avril*, mise en place d'une bougie de Krause (les membranes ne se rompent que 2 h. avant la dilatation complète).

Durée du déclanchement : 12 heures.

Durée du travail : 11 h. 30.

Expulsion spontanée d'un garçon vigoureux de 2.380 gr.

Délivrance spontanée, le placenta pèse 450 gr.

SUITES : *Du point de vue puerpéral* : La température s'élève à 39° le troisième et le quatrième jour, pour revenir ensuite à la normale.

Du point de vue médical : Dès après l'accouchement, diminution nette de la dyspnée et des symptômes fonctionnels.

Le cœur, moins rapide et plus régulier présente toujours des signes de rétrécissement mitral.

Le 6 mai, la malade *présente une crise d'asthme typique*, le Dr Bernheim consulté, conclut *malgré l'existence d'une lésion cardiaque, à la coexistence d'un asthme vrai*.

Au départ de la malade, après cure digitalique et administration de strophantus, on note l'existence d'une cardiopathie bien compensée, mais la persistance de paroxysmes de dyspnée asthmatiforme.

L'enfant meurt 18 heures après naissance.

A l'autopsie, on trouve, au niveau de l'appareil pulmonaire, *des zones nettement hépatisées*.

LXII

OBSERVATION 3

TACHYCARDIE AVEC DYSPNÉE ET CYANOSE PROBABLEMENT DUE A UNE CARDIOPATHIE MITRALE DE SYMPTOMATOLOGIE FUGACE. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL PAR PROCÉDÉ MÉDICAMENTEUX VINGT JOURS AVANT TERME. — SUITES SATISFAISANTES.

Service du P^r Voron, 1931 ; 1228. C..., 35 ans, VI^e geste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Malade opérée de l'appendicite à l'âge de 18 ans et d'un prolapsus à l'âge de 32 ans, qui présente depuis des années des troubles digestifs reportés à une cause hépatique et traités par tubages duodénaux. Depuis 4 ou 5 ans, fréquemment malade, et constamment angoissée, elle ne vaque plus à ses occupations habituelles.

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX.

Accouchements spontanés à terme en 1921, 1923 et 1925.

Deux avortements, l'un à 40 jours en 1920, l'autre à quatre mois et demi, en 1922.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 2 avril. A.P. : 12 janvier.

La malade s'est mise au lit au *septième mois de sa grossesse*, le 12 novembre, en raison d'une phlébite variqueuse. Un essai de mobilisation précoce, une douzaine de jours après, a entraîné des phénomènes syncopaux et bientôt s'est installée une dyspnée accentuée.

Le 28 novembre, on note une épistaxis, le 1^{er} décembre, une nouvelle syncope.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 2 DÉCEMBRE.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de près de 8 mois, fœtus en présentation du sommet, mobile, B.C. perçus.

Du point de vue médical :

La malade, légèrement cyanosée, présente une dyspnée marquée.

On note l'existence d'un gros foie douloureux, d'une submatité de la base droite et d'une phlébite variqueuse de la cuisse droite. Œdème des deux jambes.

Du point de vue cardiaque : arythmie avec tachycardie. Les bruits du cœur sont sourds et lointains, la pointe n'est pas déviée, il est difficile d'affirmer l'existence d'une lésion valvulaire.

La température est à 37°.

Les urines contiennent un disque net d'albume.

La T.A. est à 9/5.

Wassermann négatif dans le sang.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

Mise au repos, la malade s'améliore.

Le 11 décembre on perçoit cependant à l'auscultation l'existence d'un souffle systolique de la pointe, à timbre râpeux, coïncidant à la palpation, avec un léger frémissement. L'albuminurie a disparu. Le pouls reste rapide, au voisinage de 100.

Le 21 décembre, appelé en consultation, le Dr Bernheim constate :

« Le pouls est régulier mais très rapide et la tachycardie gêne l'auscultation : un léger murmure diastolique et un doublement du deuxième bruit plaident cependant en faveur d'un rétrécissement mitral. On ne trouve pas aujourd'hui, de frémissement systolique ».

Le pouls est à 105. On décide de provoquer l'accouchement.

ACCOUCHEMENT : *Le 23 décembre*, mise en jeu de la méthode de Hauch.

Durée du déclanchement : 4 heures.

Durée du travail : 14 heures.

Après rupture artificielle des membranes et réinjection de post-hypophyse au moment où la dilatation atteint 2 cm., expulsion spontanée d'une fille vigoureuse, de 3.050 gr.

Délivrance spontanée, le placenta pèse 430 gr.

SUITES : *Du point de vue puerpéral* : Température au-dessus de 38° pendant 4 jours, subfébrile ensuite pendant une semaine.

Du point de vue médical : Soumise à une cure digitalique, la malade tousse et expectore pendant quelques jours.

Le 8 janvier :

Pouls à 80.

T.A. : 11,5/7.

L'auscultation ne révèle qu'un éclat du premier bruit.

Le 22 janvier, le docteur Dumas examine la malade, l'auscultation cardiaque et pulmonaire sont négatives. T.A. : 10,5/5.

En 1938 cette malade nous écrit qu'elle peut vaquer à ses occupations mais qu'elle reste « faible » et que les travaux pénibles (couture à la machine, lavages), lui sont interdits.

L'enfant, sortie le trentième jour dans un état satisfaisant, a eu une première enfance un peu troublée.

En 1938, quoique « nerveuse » elle se porte assez bien.

LXIII

OBSERVATION 4

MALADIE MITRALE. — ALBUMINURIE ET CÉDÈMES APPARUS AU COURS DE LA GESTATION. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL PAR BOUGIE DE TRILLAT VINGT-CINQ JOURS AVANT TERME. — SHOCK OBSTÉTRICAL. — SUITES SATISFAISANTES.

Service du Dr Trillat, 1935 ; 560. B..., 35 ans, V° geste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

On ne retrouve pas d'affection rhumatismale ou choréique, ni de scarlatine dans l'histoire de cette malade.

En 1931, à la suite d'une hémoptysie de faible abondance, elle est examinée dans un dispensaire anti-tuberculeux où on élimine une affection pulmonaire et où on découvre une maladie mitrale.

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX.

Accouchements spontanés à terme en 1922, 1923, 1924 et 1926.

Quatre enfants vivants, en bonne santé.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 5 septembre. A.P. : 15 juin.

La gestation a été marquée par une bronchite tout à fait à son début.

A partir du quatrième mois, on constate l'existence d'une albuminurie pour laquelle le médecin traitant adresse la malade à l'hôpital.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 19 JANVIER.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de 4 mois, ballottement fœtal.

Du point de vue médical :

Femme cyanosée et très dyspnéique, congestion des 2 bases pulmonaires, gros foie, œdèmes malléolaires, signes de double lésion mitrale à l'auscultation cardiaque.

La température est à 39°.

Le pouls à 125.

Il existe un disque d'albumine dans les urines.

Réaction de Kahn positive dans le sang.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

La lésion mitrale : rétrécissement et insuffisance, est affirmée par le D^r Dumas appelé en consultation.

Après un séjour de un mois dans le service, la malade repart chez elle.

Le 2 avril, à la consultation prénatale, on note :

Persistance des symptômes cardiaques.

Gros œdèmes des membres inférieurs remontant jusqu'au pubis.

Albuminurie nette.

Utérus tendu dont la hauteur atteint 25 cm.

Le 7 mai, la malade est hospitalisée pour la seconde fois. A ce moment, elle se plaint de présenter des céphalées et une barre épigastrique.

L'albuminurie atteint 2 grammes.

La T.A. est à 11,5/6.

L'urée sanguine à 0,16 ‰.

Les œdèmes persistent.

Le 9 mai, les signes de prééclampsie se sont un peu améliorés, l'auscultation pulmonaire est négative, mais les œdèmes ne cessent de s'étendre.

ACCOUCHEMENT : Le 20 mai, mise en place d'une bougie de Trillat.

Durée du déclanchement : 18 heures.

Durée du travail : 12 heures ; lorsque la dilatation atteint 6 cm. on retire la bougie, et on rompt artificiellement les membranes.

Expulsion spontanée d'une fille vigoureuse, de 2.300 gr.

Un quart d'heure après l'accouchement, la malade présente un état de *shock* marqué, qui persiste pendant 3 heures. Le placenta est expulsé cependant très simplement et la perte sanguine totale ne dépasse pas 500 gr.

Après injections répétées de caféine et de solucamphre et sous l'influence d'inhalations d'oxygène, l'état général s'améliore. 3 h. $\frac{1}{2}$ après l'accouchement, la T.A est à 8/5.

SUITES : *Du point de vue puerpéral* : aucun incident n'a compliqué secondairement les phénomènes de choc.

Du point de vue médical : Malgré une cure digitalique précoce, le rythme cardiaque reste irrégulier pendant quelques jours.

Le onzième jour, on note la persistance d'une albuminurie légère, expliquée en partie par l'existence de pus dans les urines.

Le seizième jour, la malade quitte le service prématurément, alors que son état est encore loin d'être satisfaisant.

L'enfant, malgré l'allaitement artificiel, présente une courbe de poids satisfaisante.

LXIV

OBSERVATION 5

MALADIE MITRALE DATANT DE L'ENFANCE. — SUBASYSTOLIE APPARUE AU SEPTIÈME MOIS. — AGGRAVATION PROGRESSIVE DES ACCIDENTS AU COURS DU HUITIÈME MOIS. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL PAR MÉTHODE MÉDICAMENTEUSE ET DÉCOLLEMENT DU PÔLE INFÉRIEUR DE L'ŒUF 20 JOURS AVANT TERME. — MORT DE L'ENFANT AU COURS DU TRAVAIL. — MORT DE LA MÈRE EN QUELQUES HEURES.

Service du P^r Voron, 1935 ; 787. P..., 24 ans, primigeste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Broncho-pneumonie à l'âge de 2 ans. Diphtérie à l'âge de neuf ans.

Rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 10 ans, avec nombreuses rechutes depuis, toutes soignées correctement.

La maladie mitrale est connue depuis l'enfance, des cures digitaliques ont été instituées chez cette malade depuis l'âge de 13 ans.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 24 octobre. A.P. : 4 août.

Dès les premiers mois, apparaissent des œdèmes malléolaires et de l'albumine.

Au deuxième mois, épisode grippal pour lequel la malade est hospitalisée une première fois dans un service médical.

Au septième mois, nouvelle hospitalisation, en raison de l'installation d'une dyspnée progressive et de l'augmentation des œdèmes.

La malade est adressée à la clinique obstétricale par le Dr Gravier, dans le service duquel elle se trouve.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 2 JUILLET 1935.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de 8 mois, fœtus en présentation du sommet fixée, B.C. perçus.

Du point de vue médical :

Au cœur : Maladie mitrale avec souffle systolique de la pointe se prolongeant dans l'aisselle et dédoublement du 2^e bruit à la base.

La pointe est déviée très en dehors de la ligne mamelonnaire. Le rythme cardiaque est lent à 64.

La radioscopie montre l'existence d'une énorme oreillette gauche.

Aux poumons on note une sub-matité de la base droite, sans autres signes.

La malade est extrêmement dyspnéique, restant assise sur son lit, sans pouvoir supporter la position horizontale.

Température : 37°5.

Albumine : 0.

T.A. : 14/8 avec I.O. : 2.

Urée sanguine : 0,70.

Diurèse : 500 gr. Cette oligurie coïncide avec une anorexie et un amaigrissement considérables.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

A l'électrocardiogramme de cette malade qui vient d'avoir une cure digitalique, on note :

I) Du côté des ondes mitrales du complexe ventriculaire :

a) bifidité en première déviation.

b) rien en deuxième déviation.

c) ondes antécédentes Q assez marquées en troisième déviation.

II) du côté de l'onde terminale T du complexe ventriculaire : négativité permanente dans les trois déviations.

III) Fibrillation auriculaire.

On décide d'interrompre la grossesse dans l'intérêt fœtal.

ACCOUCHEMENT : Le 5 juillet, mise en jeu de la méthode de Hauch et décollement du pôle inférieur de l'œuf.

Déclanchement immédiat du travail.

Durée du travail : 6 h. 10 ; la malade est très dyspnéique et l'enfant meurt 2 h. après les premières douleurs.

Après deux injections de spasmalgine, extraction au forceps d'un mort-né de 1700 gr.

SUITES : Délivrance artificielle, le placenta pèse 300 gr.

Durant l'accouchement, le cœur a été soutenu par de la caféine et deux injections d'oubaïne intraveineuses.

6 heures après l'accouchement, la dyspnée s'accroît et la malade présente un état de cyanose continu.

16 h. 30 après, elle meurt, son pouls venant d'être compté à 55.

AUTOPSIE :

Gros foie muscade.

Rate cardiaque.

Le cœur, pèse 800 gr. et présente des dimensions considérables (30 cm. dans son grand axe).

L'oreillette gauche est énorme, elle est représentée par un sac mince de 15 cm. $\times$ 18 cm. et a marqué son empreinte sur la colonne vertébrale qui est légèrement déviée à son niveau.

L'orifice mitral est très large (2 cm.) ; ses pourtours sont scléreux ; on note à son niveau la présence d'un nodule gros comme un pois et de végétations d'endocardite qui s'étendent de là à toute la paroi auriculaire.

Les autres cavités ne présentent rien de remarquable.

LXV

OBSERVATION 6

INSUFFISANCE AORTIQUE AVEC GROS SIGNES PÉRIPHÉRIQUES. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL PAR BOUGIE DE TRILLAT CINQUANTE-CINQ JOURS AVANT TERME. — SUITES SATISFAISANTES.

Service du Dr Trillat, 1935 ; 1404. C., 22 ans, primigeste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

On ne relève aucun antécédent suspect, en particulier pas de rhumatisme.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 28 avril. A.P. : 8 février.

La grossesse a été bien supportée pendant les premiers mois, l'affection cardiaque est découverte à la consultation prénatale du service, le 10 décembre.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 10 DÉCEMBRE 1935.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de 7 mois, fœtus mobile, B.C. perçus.

Du point de vue médical :

On trouve un gros cœur avec pointe dans le 6^e espace intercostal, choc en dôme et frémissement cataire à la palpation ; double souffle de la base et souffle systolique de la pointe à l'auscultation.

Le pouls est bondissant, on note l'existence de pouls capillaire unguéal et de battements à la simple inspection des gros vaisseaux du cou.

Pas d'albuminurie.

Wassermann : négatif dans le sang.

T.A. : 16/4.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

Quoique les lésions semblent bien compensées on décide d'interrompre la grossesse.

ACCOUCHEMENT : *Le 14 décembre*, mise en place, après dilatation préalable du col, d'une bougie de Trillat (rupture des membranes 19 h. 30 après).

Durée du déclanchement : 1 h. 30.

Durée du travail : 18 h. 30 ; on soutient le cœur de la malade, qui se plaint de douleurs lombaires et présente une tachycardie marquée, par des injections répétées de solucamphre. Lorsque la dilatation atteint 6 cm., on retire la bougie.

Expulsion spontanée d'une fille de 1.920 gr.

Délivrance spontanée, le placenta pèse 490 gr.

SUITES : *Du point de vue puerpéral* : aucun incident.

Du point de vue médical : L'insuffisance aortique reste patente, mais ses signes fonctionnels s'améliorent considérablement.

Le 28 décembre, un orthodiagramme montre l'existence d'une grosse hypertrophie du ventricule gauche.

Le 30 décembre, la malade quitte le service.

En 1937, enceinte une seconde fois, sa grossesse est interrompue précocement par un avortement thérapeutique, elle meurt cependant un mois après d'embolie.

L'enfant, adressé à la nourricerie Reymond, s'est bien développé et présente un état très satisfaisant à l'âge de 2 ans.

LXVI

OBSERVATION 7

INSUFFISANCE MITRALE. — POUSSÉE DYSPNÉIQUE AU CINQUIÈME MOIS. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL AU VOISINAGE DU TERME PAR PROCÉDÉ MÉDICAMENTEUX. — SUITES MATERNELLES SATISFAISANTES. — MORT DE L'ENFANT DEUX MOIS APRÈS SA NAISSANCE.

Service du Dr Rhenter, 1937 ; 174. J., 35 ans, IV^e geste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Crise de rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 13 ans.

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX.

Deux accouchements spontanés à terme, en 1930, 1935.

Avortement molaire en 1932.

Des deux enfants, l'un est mort de diphtérie à 4 mois, l'autre est vivant.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 20 mai. A.P. : 2 mars.

La grossesse a été bien supportée pendant les 5 premiers mois. A leur issue, la malade présente assez brusquement une dyspnée qui s'intensifie rapidement.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 13 OCTOBRE 1936.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de 5 mois, hydramnios, fœtus en présentation du siège. B.C. perçus.

Du point de vue médical :

La malade est dyspnéique, mais elle ne présente pas d'autres signes de décompensation, pas d'œdème et pas d'albumine.

Au cœur, la pointe bat dans le 6^e espace. On note essentiellement à son niveau, un souffle systolique se propageant dans l'aisselle et un éclat du 2^e bruit.

La T.A. est à 9/4,5.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

Après la poussée évolutive subie par l'affection cardiaque au mois d'octobre, tout rentre dans l'ordre, la dyspnée disparaît. La grossesse suit une évolution normale, jusqu'au 15 février.

Le 15 février 1937, on note l'existence d'un petit disque d'albumine dans les urines et on décide de provoquer l'accouchement.

ACCOUCHEMENT : Le 4 mars, mise en jeu de la méthode de Hauch.

Durée du déclanchement : 16 h. 30.

Durée du travail : 5 h. 30.

Expulsion spontanée d'une fille de 3.340 gr.

Délivrance spontanée, le placenta pèse 640 gr.

SUITES : *Du point de vue puerpéral :* aucun incident.

Du point de vue médical : La malade présente très rapidement un excellent état général.

L'enfant allaité artificiellement, pèse 3.275 gr. le quatorzième jour. D'après des renseignements indirects, il serait mort deux mois après sa naissance.

LXVII

OBSERVATION 8

MALADIE MITRALE. — SUB-ASYSTOLIE DÈS LE QUATRIÈME MOIS. — DÉFAILLANCE CARDIAQUE ET DYSPNÉE INTENSE A SEPT MOIS ET DEMI. — DÉCLANÇEMENT DU TRAVAIL DIFFICILE PAR BOUGIE DE TRILLAT UN MOIS AVANT TERME. — SUITES TRÈS SATISFAISANTES.

Service du D^r Trillat, 1937 ;406. C., 24 ans, primigeste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

A 18 ans, après avoir eu la rougeole dans son enfance, la malade présente des crises de rhumastime articulaire aigu et dès ce moment, on diagnostique la maladie mitrale.

A 23 ans, en 1936, la malade fait une pleurésie, on découvre de l'albumine dans les urines.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 6 août. A.P. : 16 mai.

Tout au début de la gestation, la malade présente des signes de cystite.

Au mois de novembre 1936, alors que la grossesse date de 4 mois, apparaît une dyspnée de décubitus qui s'intensifie et prend, la nuit, le type d'accès de pseudo-asthme.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 15 JANVIER 1937.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de 5 mois, fœtus vivant.

Du point de vue médical :

Au cœur, maladie mitrale typique.

Aux poumons, aucun signe de congestion.

Légers œdèmes malléolaires.

Un disque d'albumine dans les urines.

T.A. : 8,5/5.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

Mise à la digitale et au repos, la malade a pu regagner son domicile.

Le 1^{er} avril 1937, elle entre à nouveau à l'hôpital. A ce moment, râle aux deux bases pulmonaires, dyspnée intense, la malade ne peut rester dans son lit qu'en position assise, elle est très cyanosée.

L'examen obstétrical accuse l'existence d'un fœtus en présentation du sommet (O.I.D. mobile, hauteur utérine de 24 cm.).

Le 8 avril, apparition d'un frottement pleural à la base gauche.

Le 9 avril, l'état général est de plus en plus mauvais, des vomissements apparaissent, la malade est pâle et une numé-

ration globulaire montre 2.700.000 globules rouges. Le Dr Bertoye pose l'indication de provoquer l'accouchement.

ACCOUCHEMENT : *Le 12 avril 1937, après dilatation du col, mise en place d'une bougie de Trillat.*

Le 13 avril, ablation de la bougie, la poche des eaux se rompt spontanément.

Le 14 avril, après 24 heures de travail, une application de forceps permet d'extraire une fille de 2.300-gr., cyanosée et étonnée.

Délivrance artificielle pour hémorragie de la période de repos physiologique, le placenta pèse 400 gr.

SUITES : *Du point de vue puerpéral* : Une poussée de lymphangite mammaire détermine une ascension thermique à 39°5 le sixième jour.

Du point de vue médical : Immédiatement après l'accouchement, on reprend la cure de digitaline.

L'état général s'améliore lentement, mais la dyspnée est très diminuée.

Le 25 avril, une numération globulaire montre l'existence de 2.850.000 globules rouges.

Le 18 mai, on note l'existence d'un gros foie, le poulmon droit est encore obscur dans toute sa partie inférieure, l'auscultation à ce niveau laisse entendre de nombreux râles.

Le 22 mai, la malade quitte le service en assez bon état.

Revue en 1938, elle va bien.

L'enfant est adressé à la nourricerie Reymond. Il pèse 2.175 grammes, le onzième jour.

En 1938, son état est très satisfaisant.

MÉNINGITE TUBERCULEUSE

LXVIII

OBSERVATION 1

MÉNINGITE TUBERCULEUSE APPARUE AU COURS DU HUITIÈME MOIS.
— DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL PAR BOUGIE DE KRAUSE 25 JOURS
AVANT TERME. — MORT DE LA MÈRE LE TROISIÈME JOUR ET DE L'EN-
FANT LE TRENTE-SIXIÈME JOUR.

Service du P^r Voron, 1930 ; 1131. L..., 20 ans, II^e geste.

¹ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

On retrouve, du point de vue héréditaire, une tuberculose paternelle.

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX.

Un avortement.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 12 fév. 1930. A.P. : 22 nov. 1931.

Au quatrième mois, évolution d'une pleurésie séro-fibrineuse. La malade conserve depuis cette époque un point de côté droit, malgré une convalescence satisfaisante et une courbe pondérale ascendante.

Le 15 octobre, à la fin du huitième mois, apparaissent des céphalées tenaces avec raideur de la nuque ; on découvre à ce moment une grosse albuminurie.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 23 OCTOBRE.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de 8 mois, fœtus vivant en présentation du sommet amorcée.

Du point de vue médical :

La malade est incurvée sur elle-même dans son lit, amaigrissement, se plaignant de céphalées intenses, mais ne vomissant pas. Température : 38°5. Photophobie modérée. Signe de Kernig net. Aucune anomalie des réflexes oculaires et tendineux.

Devant cet état, on pratique une ponction lombaire :

Liquide clair sous forte tension (35).

Albumine : 1 gr. 50 ‰.

Hypoglycorachie.

Wassermann : négatif.

62 éléments à la cellule de Nageotte avec lymphocytose prédominante.

Par ailleurs :

Albuminurie : 2 gr. ‰.

T.A. : 11/6,5.

Coef. de Maillard : 31.

On décide d'interrompre la gestation.

ACCOUCHEMENT : Le 27 octobre, mise en place d'une bougie de Krause (les membranes ne se rompent que le lendemain).

Durée du déclanchement : 18 heures.

Durée du travail : 11 h. 20.

Expulsion spontanée d'une fille vivante de 2.750 gr.

Délivrance spontanée, le placenta pèse 410 gr.

Hémorragie de la délivrance de 900 gr.

SUITES : Aggravation rapide de l'état maternel.

La malade est dans un demi-coma, alternant avec des phases d'agitation.

Emmenée par sa famille au bout de 48 heures, elle meurt chez elle le lendemain.

L'enfant dont la cuti-réaction à la tuberculine est négative à la naissance et à l'âge de un mois, est tout d'abord élevé

à la Nourricerie Reymond. Il présente bientôt une température anormale et se met à vomir. Adressé dans le service du P^r Mouriquand, *il y meurt le 4 décembre*, à l'âge de 5 semaines.

Son autopsie montre l'existence d'une granulie pulmonaire avec ganglions trachéo-bronchiques dont l'inoculation au cobaye détermine des lésions semblables de granulie pulmonaire.

TUBERCULOSE PULMONAIRE

Les observations que nous avons rassemblées sous ce titre ont été rédigées de façon plus brève que celles des autres affections envisagées dans notre travail. Pour la plupart, en effet, il s'est agi de malades dont le séjour dans les services d'obstétrique ne fut que passager, et dont l'intérêt, en raison du stade avancé de l'évolution où elles se trouvaient, est assez limité.

LXIX

OBSERVATION 1

TUBERCULOSE LARYNGÉE ET GRANULIE PULMONAIRE. — DÉCLAN-
CHEMENT DU TRAVAIL PAR BOUGIE DE KRAUSE UN MOIS ET DEMI AVANT
TERME. — ENFANT VIVANT. — MORT DE LA MÈRE AU CINQUIÈME JOUR.

Service du D^r Rhenter, 1928 ; 54. R..., V^e geste.

Malade présentant depuis l'âge de 13 ans, *une tuberculose pulmonaire bacillifère*.

Enceinte de 7 mois $\frac{1}{2}$, cette femme qui a déjà présenté 4 grossesses, terminées par deux fausses-couches et 2 accouchements à terme, est envoyée à la Maternité par le D^r Bonnamour, le 17 janvier 1928.

Hospitalisée dans le service des voies respiratoires depuis un mois, elle est dans un état cachectique. Elle présente, à la fois *une laryngite tuberculeuse et une caverne d'un sommet*.

Dès son arrivée, on procède à la mise en place simultanée de deux bougies de Krause.

Le travail se déclanche immédiatement.

Les membranes se rompent au bout de 4 h. 1/4

Après 7 h. 55 de travail, expulsion d'un garçon vivant de 2 kgs, dont le sort ultérieur nous est inconnu.

Délivrance spontanée, placenta de 340 gr.

La malade présente après son accouchement, une ascension thermique ininterrompue et *meurt au cinquième jour*.

L'autopsie montre l'existence d'une granulie développée récemment sur une caverne ancienne.

L'utérus est en involution normale.

La muqueuse laryngée est ulcérée dans sa totalité.

LXX

OBSERVATION 2

TUBERCULOSE PULMONAIRE ÉVOLUTIVE AYANT DÉBUTÉ AU COURS DE LA GESTATION. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL UN MOIS AVANT TERME PAR BOUGIE DE KRAUSE. — MORT DE L'ENFANT A LA VINGT-ET-UNIÈME HEURE. — AGGRAVATION DE L'ÉTAT MATERNEL.

Service du Dr Trillat, 1929 ; 881. G..., 23 ans, III^e geste.

Cette malade qui a accouché spontanément en 1926 et 1928 à terme de deux enfants actuellement vivants est enceinte de 8 mois lorsqu'elle entre dans le service le 22 mai.

Bien supportée jusqu'au sixième mois, la troisième gestation a été marquée dès le début du septième mois par l'apparition d'un épisode pulmonaire avec toux persistante d'abord étiquetée « grippe ». Ultérieurement, les examens ont montré qu'il s'agissait d'une tuberculose pulmonaire.

Actuellement, *tuberculose pulmonaire bilatérale évolutive* avec température oscillant au voisinage de 39° le soir ; la malade ne présente qu'une faible expectoration ; l'examen révèle, surajouté aux signes pulmonaires, un épanchement pleural droit. On décide de provoquer l'accouchement.

Le 24 mai, introduction d'une bougie de Krause, 36 jours avant le terme prévu.

Le travail se déclanche presque aussitôt et dure 16 heures.

Les membranes se sont rompues 1 h. après l'introduction de la bougie.

Après un complément de dilatation cervicale au doigt, la malade accouche d'un garçon de 3.100 gr. qui naît étonné.

Délivrance spontanée, placenta de 570 gr.

Dès après l'accouchement, on assiste à une évolution suraiguë de la tuberculose, la malade très dyspnéique et très cyanosée présente une température à 41° le surlendemain de l'accouchement.

Elle quitte le service le septième jour dans un état désespéré. Son enfant est mort 21 heures après la naissance.

LXXI

OBSERVATION 3

TUBERCULOSE PULMONAIRE FIBRO-CASÉEUSE BILATÉRALE ANTÉRIEURE A LA GESTATION. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL 40 JOURS AVANT TERME PAR BOUGIE DE TRILLAT. — DÉCOLLEMENT DU PÔLE INFÉRIEUR DE L'ŒUF. — EVOLUTION FATALE EN 48 JOURS. — ENFANT SUCCOMBANT 18 MOIS PLUS TARD.

Service du Dr Trillat, 1932 ; 1203. G..., 30 ans, V^e geste.

Cette malade qui a accouché spontanément, en 1928 et 1929, de deux enfants actuellement vivants, a eu deux autres grossesses, l'une terminée en 1930 par un avortement à 4 mois, l'autre en 1931 par un avortement à 2 mois.

On retrouve dans ses antécédents, une scarlatine et une intervention chirurgicale pour une rétroversion en 1924 ; elle est soignée depuis un an en raison d'une tuberculose pulmonaire bacillifère qui l'a fait hospitaliser à plusieurs reprises.

Enceinte de 5 mois $\frac{1}{2}$, elle est adressée le 16 avril dans le service, en raison d'une aggravation très nette de son état général avec amaigrissement et anorexie.

A l'examen clinique et radiologique, on note l'existence d'une *caverne sous-claviculaire droite* et d'une atteinte globale du reste des deux autres champs pulmonaires qui prennent un aspect de grisaille à l'écran.

La température oscille entre 38 et 39°.

Les crachats contiennent des bacilles de Koch.

Du sixième au huitième mois, l'état de la malade, dont la température présente le même type oscillant, ne cesse de s'aggraver.

On décide de provoquer l'accouchement 40 jours avant terme, le fœtus étant en présentation du sommet mobile et semblant viable.

Le 20 juin, introduction assez difficile d'une bougie de Trillat.

Deux heures après, le travail se déclanche : il sera long et pénible, interrompu par une hémoptysie et des accès de toux qui nécessitent l'emploi de calmants et de toni-cardiaque.

Quarante heures après l'introduction de la bougie, expulsion d'une fille vigoureuse de 1.950 gr.

Délivrance spontanée, placenta de 350 gr.

Après l'accouchement, l'état s'aggrave de façon rapide et *la malade meurt au quarante-huitième jour*.

L'enfant a été envoyé à la Nourricerie Reymond.

Il est mort hypotrophique et anémique à l'hôpital Debrousse, à l'âge de 18 mois.

LXXII

OBSERVATION 4

TUBERCULOSE PULMONAIRE ÉVOLUTIVE. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL AU VOISINAGE DU TERME PAR MOYENS MÉDICAMENTEUX. — SUITES IMMÉDIATES SATISFAISANTES. — SURVIE DE L'ENFANT UN AN APRÈS SA NAISSANCE.

Service du Dr Rhenter, 1933 ; 411. M..., 26 ans, primigeste.

Cette malade est enceinte de 8 mois lorsqu'elle entre dans le service le 31 mars.

Elle accuse un amaigrissement récent et un état général médiocre. Le Docteur Bonnamour consulté constate *une infiltration et un ramollissement des 2/3 supérieurs du poumon gauche* avec induration et début d'infiltration du poumon droit.

Les crachats contiennent des bacilles de Koch.

On décide de provoquer l'accouchement avant de tenter la collapsothérapie.

Le fœtus est en présentation du sommet amorcée, il est de faible volume.

La date du terme est théoriquement dépassée lorsqu'on essaye de déclancher le travail par la méthode de Hauch : échec.

La semaine suivante, le 2 mai, une nouvelle tentative est couronnée de succès.

Le travail se déclanche immédiatement.

Trois heures après, on termine l'accouchement par une application de forceps au bas de l'excavation pour éviter à la malade les efforts de la période d'expulsion.

Extraction d'une fille vivante de 2.770 gr.

Délivrance spontanée, le placenta pèse 600 gr.

Après l'accouchement, les suites sont satisfaisantes, la température ne dépasse pas 38°.

La malade passe le 13^e jour dans un service de voies respiratoires.

Son enfant placé à l'Œuvre Grancher est vacciné par le B.C.G. Il a repris son poids de naissance le dixième jour. Elevé sans incident, *il pesait 8 kgs le 10 avril 1934, à 11 mois.*

LXXIII

OBSERVATION 5

GRANULIE TERMINANT UNE TUBERCULOSE AYANT VRAISEMBLABLEMENT DÉBUTÉ PENDANT LA GROSSESSE. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL PAR BOUGIE DE KRAUSE 50 JOURS AVANT TERME. — MORT DE L'ENFANT A LA DOUZIÈME HEURE ET DE LA MÈRE AU HUITIÈME JOUR.

Service du Pr Voron, 1934 ; 388. M..., 23 ans, IV^e geste.

Cette malade qui a trois frères et deux sœurs en bonne santé, mais qui aurait toujours été « délicate » a accouché de 2 enfants actuellement vivants, en 1929 et 1931. En 1933, une troisième grossesse s'est terminée par une fausse-couche de 2 mois $\frac{1}{2}$. Elle est adressée dans le service, enceinte de 7 mois, le 22 mars 1934, par son médecin traitant.

Ayant vomi beaucoup au début de sa grossesse, son état général a rapidement décliné au cours des premiers mois, elle s'est mise alors à tousser et a présenté quelques crachats sanguins. Depuis le début du mois de mars, aggravation nette du tableau clinique qui devient franchement mauvais.

On se trouve en présence d'une malade amaigrie, aux lèvres et aux extrémités légèrement cyanosées, aux pommettes trop colorées.

La température oscille entre 37 et 39°5, sans présenter le type inverse.

L'examen révèle une submatité et une rudesse respiratoire des deux sommets sans aucun signe de caséification. La malade crache peu et on ne peut mettre en évidence l'existence de bacilles de Koch dans son expectoration.

Le tableau fonctionnel, contrairement aux signes d'examen, est impressionnant, avec polypnée comptée jusqu'à 44 et crises de cyanose intermittente.

Il n'existe pas d'albumine dans les urines qui sont claires, l'urée sanguine est de 0,11 ‰.

Une radiographie montre l'existence d'une *granulie pulmonaire*.

On décide, dans l'intérêt de l'enfant, de provoquer l'accouchement.

Le 1^{er} avril, 50 jours avant terme, on introduit une bougie de Krause qui déclanche les premières douleurs 7 h. après son introduction. Le travail dure 4 h., les membranes se rompent 10 minutes avant l'expulsion spontanée d'un garçon vigoureux de 2.350 gr. Le placenta pèse 420 gr.

Peu après l'accouchement, la malade voit s'aggraver progressivement sa dyspnée et sa cyanose, la température oscille

entre 41° et 38°5 ; elle meurt le huitième jour et l'autopsie confirme le diagnostic clinique montrant l'existence de granulations tuberculeuses disséminées dans les 2 poumons, le foie et la rate.

L'enfant, sans que rien puisse le faire prévoir, meurt 12 h. après sa naissance ; son autopsie révèle l'existence d'une hémorragie de la fosse cérébelleuse.

L'examen histologique de son foie, de sa rate, de ses poumons, de son cervelet, du cordon et du placenta ne révèle aucune anomalie.

LXXIV

OBSERVATION 6

TUBERCULOSE PULMONAIRE ÉVOLUTIVE. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL CINQ SEMAINES AVANT TERME PAR MOYENS MÉDICAMENTEUX. — ÉVOLUTION RAPIDEMENT FATALE POUR LA MÈRE. — ENFANT VIVANT A 20 MOIS.

Service du Dr Rhenter, 1937 ; 63. S..., 31 ans, IV^e geste.

Malade hospitalisée depuis 2 ans dans le service des voies respiratoires du Dr Bonnamour.

Elle a accouché spontanément d'enfants vivants en 1924, 1926 et 1930.

Au moment de son entrée dans le service, le 25 janvier 1937, elle est enceinte de 8 mois et présente *une tuberculose évolutive pour laquelle un pneumothorax artificiel est régulièrement insufflé du côté droit. Tout récemment, elle a fait des accidents d'asphyxie tels qu'on a décidé en principe une césarienne « post-mortem »*. Devant une légère amélioration, on décide de provoquer l'accouchement par méthode médicamenteuse.

Trente-huit jours avant le terme prévu, on met en jeu la méthode de Hauch.

Huit heures après la dernière injection d'hypophyse le travail se déclanche.

Au bout de 9 h. 40 de travail, expulsion d'un garçon vivant de 2.500 gr.

Délivrance spontanée, placenta de 570 gr.

Après l'accouchement, l'état reste inchangé *et la malade meurt au quatrième jour*.

L'enfant quitte le service le septième jour pesant 2.300 gr après avoir reçu le vaccin B.C.G.

Confié à l'Assistance Publique, il présente un développement irrégulier et de nombreux troubles digestifs. Cependant,

commençant à se tenir debout en mai 1938, il est dans un état satisfaisant en octobre de la même année.

OBSERVATIONS DIVERSES

LXXV

OBSERVATION 1

MISÈRE PHYSIOLOGIQUE. — SIGNES D'INSUFFISANCE HÉPATHIQUE. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL PAR BOUGIE DE KRAUSE TROIS SEMAINES AVANT TERME. — SUITES SATISFAISANTES.

Service du Dr Trillat, 1928 ; 1455. M..., 32 ans, VII^e geste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Rougeole dans l'enfance.

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX.

Accouchements spontanés à terme, en 1917, 1920 et 1924.

Avortements à 4 mois en 1922, à 5 mois en 1926, à 2 mois en 1927.

3 enfants actuellement vivants.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 20 décembre. A.P. : 30 septembre.

La malade suit pendant sa grossesse un traitement au novarsénobenzol. Son état général, qui a été médiocre au cours des 6 premiers mois, est devenu ensuite franchement déficient avec apparition d'œdèmes aux membres inférieurs.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 9 AOUT 1938.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de 7 mois $\frac{1}{2}$, fœtus vivant en présentation du sommet.

Du point de vue médical :

Malade présentant des œdèmes marqués aux membres inférieurs et à la vulve. On note un gros foie avec bord inférieur tranchant et dur, une ascite discrète. La rate n'est pas perçue.

Par ailleurs :

Albuminurie : un léger nuage.

T.A. : 11/7.

Wassermann : négatif dans le sang.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

Malgré un régime substantiel et l'ingestion de sérum de cheval, la malade ne présente pas d'amélioration, l'albuminurie reste stationnaire.

Aggravation de l'état hépatique avec apparition de subictère des conjonctives et installation d'une anorexie qui amène rapidement un amaigrissement marqué (malgré la persistance des œdèmes).

ACCOUCHEMENT : *Le 4 septembre*, mise en place d'une bougie de Krause.

Déclanchement immédiat du travail.

Durée du travail : 5 h. 30.

Expulsion spontanée d'un garçon vigoureux de 2.650 gr.

Délivrance spontanée, placenta de 450 gr.

SUITES : *Du point de vue puerpéral* : Température subfébrile pendant une semaine sans raison précise.

Du point de vue médical : Etat général satisfaisant dès le onzième jour, date de la sortie.

L'enfant, d'abord nourri au sein, est ensuite adressé à la Nourricerie Reymond.

Il pèse 2.400 gr. le 15^e jour.

Il se développe cependant assez bien et quitte la Nourricerie dans un état satisfaisant à l'âge de 7 mois.

LXXVI

OBSERVATION 2

TOXÉMIE GRAVIDIQUE AVEC VOMISSEMENTS DATANT DU DÉBUT DE LA GESTATION ET S'AGGRAVANT PROGRESSIVEMENT AU COURS DES DERNIERS MOIS. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL PAR BOUGIE DE KRAUSE CINQUANTE JOURS AVANT TERME. — MORT RAPIDE DE L'ENFANT. — ICTÈRE GRAVE MATERNEL FATAL EN UNE SEMAINE.

Service du Dr Trillat, 1931 ; 2010. M..., 27 ans, IV^e geste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Aucun élément suspect.

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX.

Accouchements spontanés à terme, en 1927, 1929, et 1930.
Deux filles et un garçon actuellement en bonne santé.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 5 mars. A.P. : 15 décembre.

Depuis le début de sa grossesse, la malade a présenté des vomissements bénins tout d'abord, mais qui, récemment, ont pris un caractère incoercible.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 22 OCTOBRE 1931.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de 7 mois, fœtus mobile dont le développement semble médiocre. B.C. perçus.

Du point de vue médical :

Femme très amaigrie vomissant tous les aliments qu'elle ingère, sans que l'examen somatique ne décèle aucune anomalie précise de l'organisme mais dont la température oscille entre 38 et 39°.

Ni albumine, ni sucre dans les urines.

T.A. : 11,5/5,5.

Urée sanguine : très élevée à 2,50 ‰.

Wassermann : négatif.

Devant la gravité du syndrome fonctionnel et le taux de l'urée, on décide la provocation immédiate du travail.

ACCOUCHEMENT : Le 27 octobre, mise en place d'une bougie de Krause.

Durée du déclanchement : une heure.

Durée du travail : 4 h. 20.

Expulsion spontanée, après rupture artificielle des membranes, d'une fille de 1.760 gr., d'aspect médiocre.

Délivrance spontanée, placenta de 300 gr.

SUITES : *Du point de vue puerpéral :* aucune anomalie évidente.

Du point de vue médical : Malgré un traitement intense comportant à la fois des transfusions sanguines et des injections abondantes de sérum :

La température s'élève à 39°.

Les urines qui contiennent maintenant de très nombreux polynucléaires, des colibacilles et des entérocoques sont rares : 2 à 300 gr. par jour.

Le taux de l'urée sanguine monte à 3,90 ‰.

Un tableau d'ictère grave se constitue progressivement.

La malade, emmenée chez elle par sa famille, meurt une semaine après l'accouchement.

L'enfant meurt à la vingt-deuxième heure après sa naissance.

LXXVII

OBSERVATION 3

RÉCIDIVE LOCALE PUIS MÉTASTASES MÉDIASTINALE ET CRANIENNE D'UN NÉOPLASME DU CORPS THYROÏDE. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL PAR DÉCOLLEMENT DU PÔLE INFÉRIEUR DE L'ŒUF ET BOUGIE DE KRAUSE NEUF JOURS AVANT TERME. — ENFANT MORT A L'ÂGE DE TROIS MOIS.

Service du Pr Voron, 1932 ; 815. T..., 32 ans, III^e geste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

La malade présente un goître depuis son enfance.

A la suite d'une poussée évolutive à la fin de la seconde grossesse, en juillet 1931, le Dr Armand, d'Albertville a fait une résection subtotale du corps thyroïde.

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX.

Deux accouchements spontanés à terme, en 1927 et 1931.

Le premier enfant âgé de 5 ans est en bonne santé.

Le second est mort de « dysenterie » à l'âge de 3 ans.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 15 novembre. A.P. : 25 août.

Au deuxième mois, le goître a présenté une récurrence locale.

Au cinquième mois, cette tumeur a grossi brusquement et s'est entourée de ganglions. Depuis, une hémicranie gauche extrêmement pénible est apparue avec exophtalmie et baisse considérable de l'acuité visuelle du même côté.

L'état général ne cesse de décliner, l'amaigrissement est devenu considérable.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 22 JUILLET 1932.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de 8 mois, fœtus de développement normal en présentation du sommet amorcée. B.C. perçus.

Du point de vue médical :

On note l'existence d'une volumineuse tumeur cervicale gauche allant de la ligne médiane au sternocleidomastoïdien. De consistance kystique et de la grosseur d'un poing, elle s'accompagne de ganglions allongés sur le trajet de ce muscle.

Par ailleurs, exophtalmie gauche très marquée et dilatation des veines superficielles du cou, du thorax et même de l'abdomen.

La percussion révèle une matité rétrosternale très nette.

Le pouls est à 90.

La température à 37°.

La T.A. à 10,5/4,5.

Au cœur, on note des bruits sourds et des phases successives d'accélération et de ralentissement du rythme cardiaque.

Tous les réflexes tendineux sont abolis.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

Aggravation progressive de tous les signes fonctionnels, diminution de l'acuité visuelle à droite, hypoesthésie dans le domaine du nerf maxillaire supérieur gauche, hémiparésie et hémiatrophie gauches de la langue.

Le 30 juillet, apparition d'une paralysie récurrentielle gauche.

En somme, symptômes de compression des nerfs de la base

du crâne et du médiastin malgré la radiothérapie mise en œuvre.

ACCOUCHEMENT : *Dix jours avant terme*, un décollement du pôle inférieur de l'œuf est impuissant à déclancher le travail ; le lendemain, on introduit une bougie de Krause et les premières douleurs apparaissent aussitôt.

Durée du travail : 3 h. 45.

Expulsion spontanée cinq minutes après la rupture des membranes, d'un garçon vigoureux de 2.800 gr.

Délivrance spontanée, placenta de 550 gr.

La mère quitte rapidement la Clinique Obstétricale pour un service de chirurgie de l'Hôtel-Dieu.

L'enfant est adressé à la Nourricerie Reymond, à l'âge de 3 mois il passe dans le service de médecine infantile de la Charité, où il meurt en 48 heures. L'observation très courte porte le diagnostic « Cyanose et Vomissements ».

LXXVIII

OBSERVATION 4

COLIQUES HÉPATIQUES SE COMPLIQUANT D'UNE ATTEINTE MARQUÉE DE L'ÉTAT GÉNÉRAL AU COURS DU DERNIER MOIS DE LA GESTATION. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL PAR DÉCOLLEMENT DU PÔLE INFÉRIEUR DE L'ŒUF ET INJECTIONS DE POST-HYPOPHYSE QUINZE JOURS AVANT TERME. — SUITES TRÈS SATISFAISANTES.

Service du Pr Voron, 1933, 258 ; R..., 25 ans, primigeste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

La malade déclare souffrir depuis plusieurs années de crises de coliques hépatiques.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 20 février. A.P. : 30 novembre.

Au cours des premiers mois, la malade a présenté une violente crise de coliques hépatiques avec menace d'avortement suivie pendant une semaine d'un léger ictère. Le début de l'affection actuelle a été marquée par une nouvelle crise de coliques hépatiques avec vomissements bilieux, température à 37°5, pouls à 108, mais pas d'ictère.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 28 OCTOBRE 1933.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de 8 mois, fœtus vivant en présentation du sommet amorcée.

Du point de vue médical :

Malade présentant un assez bon état général, mais se plaignant d'éruptions prurigineuses disséminées. La langue est

saburrale, les matières fécales décolorées, la région hépatique et tout particulièrement le point vésiculaire sont douloureux.

On note :

Absence d'albumine et de pigments biliaires dans les urines mais :

Présence d'acétone.

Coef. de Maillard : 45.

Urée sanguine : 0,10 ‰.

Poids : 58 kgs.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

Mise à la diète hydrique et à la teinture de Boldo au début, puis à un régime plus large ensuite, ; la malade reçoit une série d'injections d'extraits hépatiques.

Le 4 novembre, le coefficient de Maillard est à 48, les urines contiennent toujours de l'acétone, mais pas d'albumine. Les matières sont recolorées, les douleurs vésiculaires ont disparu.

Le 15 novembre, persistance de l'acétonurie et du prurit, amaigrissement de 3 kgs en onze jours. Maillard à 13,5.

Le fœtus est aujourd'hui en présentation du sommet fixée, son développement semble suffisant pour permettre de provoquer l'accouchement.

ACCOUCHEMENT : Quinze jours avant terme, décollement du pôle inférieur de l'œuf suivi de 2 injections de 2 unités de post-hypophyse.

Déclanchement du travail : 5 minutes après la dernière injection.

Durée du travail : 23 h. 15.

Expulsion d'une fille vigoureuse de 3.350 gr.

Délivrance spontanée, placenta de 550 gr. Une petite hémorragie par inertie se produit, nécessitant une injection de post-hypophyse et une injection d'ergotine.

SUITES : *Du point de vue puerpéral* : aucun incident.

Du point de vue médical : Tout rentre rapidement dans l'ordre et la malade quitte le service au onzième jour dans un état satisfaisant.

Au cours d'une grossesse ultérieure, cette femme a présenté une pyélonéphrite suffisamment bénigne pour permettre un accouchement normal à terme.

L'enfant, allaitée par sa mère, se développe bien, elle pèse 3.360 gr. le 10^e jour.

Depuis, elle a présenté un état nerveux anormal avec convulsions de la première enfance ayant nécessité l'emploi de Bromure et de Gardénal.

A 5 ans, son développement est satisfaisant, mais elle est toujours très « nerveuse ».

LXXIX

OBSERVATION 5

COLIBACILLOSE APPARUE CLINIQUEMENT AU CINQUIÈME MOIS. — LOCALISATION HÉPATIQUE ET RÉNALE. — RETENTISSEMENT MARQUÉ SUR L'ÉTAT GÉNÉRAL. — DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL PAR PROCÉDÉ MÉDICAMENTEUX ONZE JOURS AVANT TERME. — SUITES SATISFAISANTES.

Service du Pr Voron, 1936 ; 1030. F..., 21 ans, primigeste.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

Rougeole, méningite et typhoïde (?) à l'âge de 6 ans.

Rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 9 ans.

GROSSESSE ACTUELLE : D.R. : 12 février. A.P. : 22 novembre.

Au cours des 5 premiers mois, la grossesse a été bien supportée.

Le 16 juillet, la malade a présenté une crise de coliques hépatiques. Depuis, des douleurs lombaires, des céphalées, une anorexie et un amaigrissement progressif se sont installés.

Au début d'août, après un épisode pulmonaire passager avec toux et température subfébrile, apparaissent des signes de cystite avec albumine et colibacilles dans les urines.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE LE 30 SEPTEMBRE 1936.

Du point de vue obstétrical :

Grossesse de 7 mois $\frac{1}{2}$, fœtus vivant en présentation du sommet amorcée.

Du point de vue médical :

Etat général médiocre avec pâleur accentuée et notable asthénie. La langue est saburrale, la région vésiculaire et la région lombaire droites sont nettement douloureuses à la pression.

On note :

Température : 37°5.

Albuminurie : 0,15 %.

Diurèse : 1.750 gr.

Présence, sous forme de traces, *de sels et de pigments biliaires dans les urines* qui contiennent en outre des colibacilles à l'état pur.

EVOLUTION DE L'AFFECTION.

La malade est traitée par une série d'injections d'autovaccins.

Le 10 octobre, la température est presque revenue à la nor-

male, les urines sont abondantes, elles ne contiennent plus que des traces d'albumine. L'état général s'est amélioré.

Le 17 octobre, on note l'apparition de subictère, la température s'est rallumée et la malade a maigri.

Le 28 octobre, état général précaire. Amaigrissement de 3 kgs depuis un mois, légère hypoglobulie à 4.500.000 avec 15.000 globules blancs.

Le 3 novembre, la malade accuse une nouvelle poussée douloureuse dans la région lombaire droite, l'albuminurie est de 0,30.

ACCOUCHEMENT : *Onze jours avant terme*, on met en jeu la méthode de Hauch.

Déclanchement du travail en quelques heures.

Durée du travail : 7 h. 30.

Expulsion spontanée d'un garçon de 2.180 gr.

Délivrance spontanée, placenta de 490 gr.

SUITES : *Du point de vue puerpéral* : aucun incident.

Du point de vue médical : Au sixième jour des suites de couches, poussée de pyélite avec clocher thermique unique à 39°.

L'état de la malade est satisfaisant à sa sortie, le treizième jour, il ne persiste que des traces d'albumine.

L'enfant, allaité par sa mère, se développe très bien et pèse 2.470 gr. le treizième jour.

Indications

GENERALITES

En 1836, Ferniot, élève de Stoltz de Strasbourg, intitulait sa thèse : « Existe-t-il d'autres cas que le rétrécissement du bassin qui puissent autoriser l'accoucheur à provoquer l'accouchement avant le terme naturel de la grossesse ? ».

A cette question, depuis un siècle, la plupart des Obstétriciens ont répondu affirmativement, mais nous sommes encore à chercher les critères précis de provocation.

Ce serait faire œuvre de plagiaire que d'exposer ici les opinions des accoucheurs et des médecins du XIX^e Siècle à ce sujet : Pinard, dans son rapport au Congrès International de Gynécologie et d'Obstétrique tenu à Rome en 1902, les a magistralement résumées.

Citant tout spécialement un recueil de leçons de Paul Dubois intitulé : « Quels sont les cas, abstraction faite des vices de conformation de bassin, qui peuvent légitimer la provocation de l'accouchement, quel que soit du reste l'âge de la grossesse ? » Pinard rend hommage à

cet auteur d'avoir été le premier à considérer, en plus des indications de l'accouchement prématuré provoqué, celles de l'avortement thérapeutique.

Dubois avait établi quatre grandes classes de cas susceptibles d'être un motif d'interruption de la grossesse : les deux premières comportent les causes utérines de dystocie et les déplacements de l'utérus, la troisième comprend les maladies développées du fait de la grossesse, qu'il s'agisse de causes franchement obstétricales comme les anomalies de l'insertion et les décollements du placenta ou d'accidents d'allure plus médicale comme la chorée, les vomissements, l'éclampsie, les épanchements ascitiques ou thoraciques..., dans une dernière catégorie, sont rangées les maladies intercurrentes ou préexistantes « dont la grossesse augmente assez la gravité pour mettre en péril la vie de la mère. »

Pinard rejette cette classification mais approuve le principe général de ne pas distinguer les interruptions suivant l'âge de la gestation.

Discutant le texte français de la question posée au Congrès de Rome : « Des indications médicales à la provocation de l'accouchement », il lui préfère le texte italien « Le indicazione mediche per l'interruzione della gravidanza ».

Comme « le texte français ne vise l'indication d'interrompre la grossesse que quand le fœtus est viable, c'est-à-dire dans les deux derniers mois de la gestation », il déclare : « Ce texte semble vouloir continuer à établir une ligne de démarcation, une séparation fondamentale entre l'avortement provoqué et l'accouchement provoqué et refléter cette théorie scolastique d'après laquelle,

dans le premier cas, on sacrifie l'enfant au salut de la mère, alors que, dans le second, on sauve à la fois la mère et l'enfant. »

Les maladies aiguës, la tuberculose pulmonaire et les maladies du système nerveux ne constituent pas pour Pinard des motifs valables d'interrompre la gestation.

Ces derniers doivent être considérés dans deux groupes différents :

I) Le groupe des maladies développées par le fait de la grossesse.

Certaines sont des maladies obstétricales : telles sont les hémorragies utérines, l'hydropisie amniotique, la grossesse molaire ; d'autres constituent les toxémies qu'elles se manifestent par des vomissements, par de l'albuminurie ou de l'éclampsie.

II) Le groupe des maladies chroniques aggravées par le fait de la grossesse.

Ici se placent :

a) Les affections de l'appareil circulatoire où les interruptions les plus précoces sont susceptibles de donner les plus beaux succès, mais pour lesquelles il est toujours difficile de préciser le moment opportun à l'intervention.

b) Les affections de l'appareil urinaire avec les néphrites et les pyélonéphrites.

Au rapport de Pinard est annexé un tableau résumant les accouchements provoqués pratiqués à la Clinique

Baudelocque, de 1890 à 1900 inclusivement, pour des causes autres que le rétrécissement du bassin.

Sur un ensemble de 22.708 femmes hospitalisées, on ne relève que 20 interventions dont 4 pour albuminurie et 5 pour cardiopathie.

Il semble d'après ces chiffres que les affections médicales jouaient bien rarement dans les indications de l'accouchement provoqué il y a une quarantaine d'années. Dans une communication de Keitler et Pernitza, de Vienne, faite à la même époque, les résultats d'une expérience plus étendue sont cependant exposés. Sur un ensemble de 35.000 accouchements, 36 provocations prématurées du travail ont été pratiquées pour d'autres raisons que le rétrécissement du bassin. Les indications furent de deux ordres :

a) Une fois seulement, elles furent tirées de l'intérêt de l'enfant, il s'agit d'une observation de mort habituelle du fœtus.

b) Dans tous les autres cas, elles furent motivées par l'intérêt maternel.

Nous relevons ici nombre d'albuminuries et de néphrites gravidiques, une pyélonéphrite, plusieurs tuberculoses pulmonaires, une pleurésie, un emphysème, deux coxalgies aiguës et plusieurs cardiopathies.

Commentant leur statistique, les auteurs font remarquer que « Jamais une maladie par elle-même, par le seul fait qu'elle existât, n'a été la raison de provoquer l'accouchement, cette décision n'a été prise que devant la gravité des symptômes observés ».

Les suites, du point de vue puerpéral, ont été satisfaisantes.

En ce qui concerne les maladies maternelles qui donnèrent lieu à la provocation du travail, mises à part trois morts dont deux dues à une phtisie et une au typhus, plusieurs guérèrent, d'autres furent améliorées et, dans un certain nombre de cas tout au moins, les souffrances furent atténuées, permettant de soumettre les malades au traitement indispensable.

En ce qui concerne les enfants, par contre, le bilan fut désastreux, leurs intérêts avaient d'ailleurs toujours été placés en seconde ligne. Sur 37, 33 vinrent au monde vivants, 14 moururent la première semaine, 4 la seconde, 2 les quinze derniers jours du premier mois, 3 le deuxième mois, 4 du deuxième au onzième mois. Du reste du lot, on fut sans nouvelles de trois et deux seulement survécurent certainement...

Schauta, comme Pinard, a apporté au Congrès de Rome un très important rapport. Ses conclusions envisagent en 104 points les différentes circonstances dans lesquelles des indications médicales (ou chirurgicales) peuvent entraîner l'interruption thérapeutique de la grossesse.

Vingt-cinq ans après les rapports de Pinard et de Schauta, alors que les travaux envisageant globalement les indications médicales de l'interruption de la grossesse sont restés rares, la question posée à Rome est mise à l'ordre du jour d'un nouveau Congrès : celui de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française tenu à Lyon en 1927.

Le rapport en est confié à M. Bué de Lille. Ici, comme au Congrès de 1902, aucune distinction n'est établie, a priori, entre l'avortement et l'accouchement provoqué. Le rapporteur, après avoir considéré la question dans son ensemble du point de vue juridique, envisage ensuite séparément chacune des grandes affections médicales susceptibles de devenir une raison d'interrompre la grossesse. Il passe successivement en revue les vomissements incoercibles, les névrites, l'anémie pernicieuse, la chorée, les albuminuries simples, les albuminuries à répétition, les néphrites chroniques, les pyélités, la tuberculose rénale, les cardiopathies, les tuberculoses pulmonaires, laryngées et méningées, les maladies mentales, puis l'hydramnios aiguë et les hémorragies utérines.

Dans la discussion, M. Van Cauwenberghe insiste sur l'utilité essentielle de l'examen clinique pour apprécier les indications de l'interruption de la grossesse. Il rappelle l'observation d'une malade qui, présentant des accidents rénaux à deux grossesses successives, fut justiciable la première fois du traitement médical alors qu'une césarienne fut nécessaire la seconde fois.

M. Henrotay, après avoir discuté surtout des vomissements incoercibles, rapporte une observation d'accouchement provoqué pour pyélonéphrite.

M. Brindeau, cite une statistique de la Clinique Tarnier portant sur 10.000 accouchements et ne comportant que 2 accouchements provoqués l'un pour hydramnios, l'autre pour ictère par rétention calculeuse. Il attire l'attention sur le syndrome de la mort habituelle

du fœtus pendant le travail justiciable, à son avis, non pas de l'accouchement provoqué mais de la césarienne avant terme.

M. Vanverts, comme M. Van Cauwenberghe, pense qu'une des conclusions à dégager du rapport de M. Bué est l'importance de l'étude clinique des femmes enceintes : « la clinique est ici comme ailleurs le moyen principal et suffisant à lui seul de poser le diagnostic, le pronostic et les indications thérapeutiques ». Il cite dans sa communication, une interruption artificielle de la grossesse au septième mois pour pyélonéphrite grave.

Deux ans après le Congrès de Lyon, une discussion s'engage à la Société Médicale de Londres sur un sujet à peu près analogue : « Medical indications for the induction of abortion and premature labour. »

M. Eardley Holland, après avoir surtout parlé de l'avortement thérapeutique, déclare que, les toxémies mises à part, les affections susceptibles de légitimer l'interruption de la gestation à un stade avancé sont exceptionnelles et que la règle générale doit être de traiter l'affection médicale sans se préoccuper de la grossesse. Prenant la parole à son tour, M. Parsons Smith s'occupant spécialement des cardiaques, cite une importante statistique du Queen Charlotte's Hospital.

En 1931, M. Smythe, dans « The British Medical Journal », passe successivement en revue les affections médicales les plus fréquentes au cours de la grossesse. Il pense que la provocation de l'accouchement est légitime à partir de la trente-sixième semaine dans l'intérêt de la mère et de l'enfant, chez les malades qui présentent une

néphrite chronique, une albuminurie gravidique importante résistant au traitement médical ou une pyélite grave. De même, le travail sera provoqué à la trente-huitième semaine chez les cardiaques au moindre doute sur une dystocie par excès de volume fœtal ou en cas de défaillance du myocarde, à condition toutefois que la malade ne soit plus en période de décompensation et qu'un traitement médical ait été institué pour lui permettre de supporter l'accouchement.

En février 1935, à la Société Belge de Gynécologie et d'Obstétrique, M. Pastiels, répondant à la question : « L'accouchement provoqué est-il un procédé périmé ? » déclare : « lorsqu'il s'agit de cas médicaux (affections cardiaques, vomissements graves, anémie pernicieuse, éclampsisme et pyélites graves) l'accouchement prématuré provoqué donne souvent des résultats merveilleux et immédiats ».

En novembre 1935, M. Vignes, dont l'étude précède les commentaires d'un certain nombre de travaux américains, brosse un remarquable tableau d'ensemble de « l'Interruption thérapeutique de la gestation » dans « la Semaine des Hôpitaux de Paris. »

De même que de tels travaux généraux restent assez rares, il est difficile de se faire une idée de la fréquence relative des accouchements provoqués pour raisons médicales. Il est probable qu'elle varie beaucoup avec les différentes Ecoles Obstétricales, tandis que Spies, Pastiels et Straetmans donnent le détail de 12 cas médicaux sur un ensemble de 28 accouchements provoqués, Sulim Cat, publiant la statistique des accouchements provo-

qués à la Maternité de Lariboisière de 1926 à 1936 (correspondant à un ensemble de 22.701 accouchements), ne relate sur 64 provocations du travail que 7 indications médicales dont 6 albuminuries gravidiques et une maladie mitrale décompensée.

La plupart des observations récentes concernant les indications médicales d'interruption de la grossesse au cours des trois derniers mois ne sont pas groupées par les auteurs qui les publient, mais rapportées à propos de chacune des maladies causales ou à propos des procédés de provocation. C'est ainsi, (pour ne citer que les statistiques les plus importantes), que Mathieu, au sujet de l'emploi des moyens médicamenteux relate sur 91 cas de déclenchement du travail, 11 toxémies, une pyélite et une tuberculose chronique, que Mathieu et Martin Sichel sur 320 cas semblables citent : 34 toxémies, une pyélite bi-latérale, 3 tuberculoses chroniques et 3 éclampsies ; Reis sur 500 cas, 33 toxémies, 2 cardiopathies et 2 pyélites ; Seibert enfin, sur 681 cas : 45 toxémies non convulsives, 4 cardiopathies, 7 pyélites et une éclampsie. Rappelons tout spécialement encore ici la communication de Hauch au dixième Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de Langue française (Paris 1937) où nous relevons l'utilisation du procédé de déclenchement médicamenteux du travail mis au point par l'auteur dans 88 observations de toxémies.

La dispersion dans les multiples chapitres de la Pathologie et de la Thérapeutique Obstétricale, des documents qui nous intéressent est logique. Plus que toute autre intervention, l'interruption de la grossesse est une

question d'espèce. Les aspects du problème sont de plus en plus nombreux à mesure que son étude profite des méthodes récentes d'investigation clinique et biologique.

En même temps que cette dispersion s'opère, il semble bien que l'idée chère à Pinard de considérer l'interruption de la gestation en bloc, sans tenir compte de l'âge de cette gestation perde beaucoup de terrain.

Nous croyons, pour notre part, qu'il n'y a rien de « scolastique » à séparer franchement l'avortement thérapeutique acceptable dans les trois premiers mois dans l'intérêt unique de la mère, et l'accouchement prématuré provoqué ou l'interruption de la grossesse par voie haute au cours des derniers mois, qui, nous espérons le montrer, tient compte autant de la mère que de l'enfant. L'intérêt de ce dernier est ici un élément d'une telle importance qu'ayant recherché, comme l'indique le titre de notre travail, toutes les observations d'interruption de la grossesse au cours des trois derniers mois, c'est-à-dire à partir de la date de viabilité purement théorique et légale du fœtus, *nous n'en avons pas trouvé une seule au cours du septième mois* : Nos Maîtres lyonnais, titulaires de 3 services différents n'ont jamais cru devoir interrompre une gestation avant le début du huitième mois, époque qui peut être considérée comme la limite à partir de laquelle l'enfant a des possibilités pratiques de survivre.

Nous envisagerons successivement les indications de l'interruption de la grossesse dans l'ordre où nous avons rapporté nos observations.

LES TOXÉMIES GRAVIDIQUES

Ce chapitre répond pour une large part à celui que l'on aurait autrefois intitulé « les albuminuries gravidiques » titre que nous trouvons encore dans la thèse de Gerest qui ne date que de vingt-cinq ans.

De plus en plus l'albuminurie n'apparaît que comme un symptôme (véritable signe d'alarme) de la toxémie dont l'éclampsie et l'apoplexie utéro-placentaire, qui ne trouvent pas leur place dans cette étude, sont les formes extrêmes.

Nous discuterons d'abord certains faits d'ordre général et certaines opinions émises à leur propos pour envisager ensuite successivement *les néphropathies gravidiques et les albuminuries gravidiques récidivantes*.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Depuis très longtemps, les toxémies gravidiques ont compté parmi les indications de l'interruption de la gestation.

Gerest rapporte qu'en 1855, Simpson sauva par ce procédé une albuminurique qui présentait des troubles dyspnéiques et de l'anasarque généralisé. Macnamora conseille l'accouchement prématuré dans les rétinites

albuminuriques dès 1858. Tarnier, dix ans plus tard, admet le bien fondé dans certaines circonstances de l'accouchement prématuré provoqué. Il l'envisage, au sujet du traitement préventif de l'éclampsie, toutefois avec de multiples restrictions : « On ne doit aborder qu'avec une grande réserve la question de l'accouchement prématuré, comme traitement préventif de l'éclampsie, écrit-il ; nous croyons cependant que l'accouchement prématuré artificiel pourrait rendre quelques services dans des cas exceptionnels mais pour qu'on soit autorisé à proposer cette opération, nous demandons la réunion des conditions suivantes :

« 1° Que la grossesse ait atteint la fin du huitième mois, afin que l'enfant nouveau-né puisse s'élever sans trop de difficultés.

« 2° Que l'albuminurie soit parvenue à un haut degré ou que la malade ressente quelque signe précurseur de l'éclampsie.

« 3° Que la femme soit primipare ou qu'elle ait été atteinte d'éclampsie à un accouchement précédent.

« 4° Qu'on ait constaté l'inefficacité du traitement médical et en particulier de la saignée. »

Nous avons vu, dans l'exposé des indications générales de l'interruption de la grossesse, que Pinard au début de ce siècle élargit beaucoup plus que Tarnier le cadre des albuminuries susceptibles d'y figurer.

Il donne les précisions suivantes : « quand, par exception chez une femme enceinte, dont les urines ren-

ferment de l'albumine, le traitement rigoureusement appliqué ne fait pas diminuer la quantité d'albumine ; quand l'agitation, l'insomnie se montrent, quand la céphalalgie et les troubles de la vision s'accusent, quand l'acte respiratoire est modifié, on peut trouver dans ce cortège symptomatique une indication suffisante. »

Vinay consacre un paragraphe à la « Provocation de l'accouchement » dans son chapitre des albuminuries de la grossesse. Passant en revue l'opinion de ses contemporains, il constate qu'à l'étranger l'interruption artificielle de la grossesse se pratique plus facilement qu'en France. Il remarque également la diversité des opinions au sujet des indications de cette opération. « Pour quelques-uns l'indication existerait dès que l'albumine est constatée, en raison de l'inutilité du traitement médical (Moricke) ; pour d'autres, l'apparition de certains accidents du côté du système nerveux ou des organes de la vision (Barker, Pooley) ou du côté de la sécrétion urinaire (Richardson) justifie l'intervention ; il en est qui ne reculent pas devant l'avortement provoqué comme Schroder ; d'autres, comme Hofmeier, pensent préférable d'attendre le moment où l'enfant sera viable ; enfin, il en est qui attendent les manifestations de l'éclampsie (Lohlein, Macnamora, Martin) ».

Pour Vinay lui-même, l'opération doit être réservée à des indications bien spéciales. Ces indications tirent leur existence de l'intensité de l'albuminurie, de sa résistance au régime (diète lactée) et de l'apparition de congestion pulmonaire, d'œdème généralisé et d'épanchements des séreuses. Comme Pinard, Vinay admet que l'interrup-

tion artificielle de la grossesse est légitime quelle qu'en soit l'époque, « on veillera seulement à ne pas laisser échapper le moment favorable et à ne pas intervenir trop tardivement. »

L'opinion de Vinay et de Pinard était basée presque exclusivement sur l'intérêt de la mère. Dumas cependant et Puech de Montpellier, émettent, à la même époque, l'idée que le fœtus peut bénéficier de l'accouchement provoqué en raison des risques qu'il court in-utéro. C'est également l'avis de Laban et de Coudray dans leurs thèses. Dans le même ordre d'idées, Audebert, écrit en 1901 : « quelquefois le pronostic de l'enfant est amélioré par sa naissance prématurée, il y a parfois intérêt à provoquer l'accouchement avant terme. C'est le seul moyen d'avoir un enfant vivant ».

Hofmeier, de son côté, souligne au Congrès de Rome, le grand nombre de morts de fœtus in-utéro au cours des néphrites chroniques.

Gerest constate en 1913, que tous les auteurs s'accordent à considérer le pronostic de l'albuminurie gravidique comme beaucoup plus sombre pour le fœtus que pour la mère.

Dans nombre de cas, alors que tout se borne à des traces d'albumine dans les urines de la mère, la mort de l'enfant vient surprendre la malade et le médecin lui-même, illusionné par la bénignité des symptômes observés.

D'autres fois, le tableau de l'albuminurie gravidique est au complet : « disque épais d'albumine, oligurie, œdèmes, dyspnée, vomissements ; bref, tous les si-

gnes révélateurs d'un état d'intoxication prononcée ; ici encore, pourtant, les probabilités en faveur d'un retour compét à la santé, chez la mère, contrastent avec la fréquence des accidents dont est menacé le produit de conception » : Ces accidents sont surtout représentés par la mort in-utéro. Il n'est pas exact, en effet, comme on l'a cru longtemps, que les enfants des albuminuriques se développent mal après leur naissance, et dès 1912, la thèse lyonnaise de Francillon apporte des preuves indiscutables de l'ascension habituellement normale de leur courbe de poids, malgré un point de départ souvent bas.

Ainsi, déclare Gerest : « Il ne faudrait pas avoir sur le pronostic fœtal dans l'albuminurie une opinion par trop pessimiste : si l'albuminurie est grave par le nombre des enfants qu'elle tue in-utéro, l'observation des faits montre qu'un grand nombre des prématurés survivent », « l'aspect de fœtus-araignée, les œdèmes, les crises de cyanose sont loin d'être l'apanage de la majorité d'entre eux ». De tout cela, il résulte qu'on ne devra pas hésiter à provoquer l'accouchement avant terme pour éviter la mort in-utéro.

Si la pratique de l'accouchement provoqué apparaît pour Gerest comme doublement fondée sur l'intérêt de la mère et sur celui de l'enfant, ses indications n'en restent pas moins difficiles à poser. Elles seront essentiellement tirées de l'évolution des grossesses précédentes, des résultats de l'examen clinique, de l'étude de la tension artérielle et de certaines recherches de laboratoire. Malgré tous ces moyens d'appréciation, il ne sera tou-

jours pas facile de prendre une détermination suivant des conditions qui sont, conclut-il, assez mal « précisées, multipliées ou restreintes suivant les auteurs ».

Le temps n'a pas vieilli ces conclusions ; dix ans plus tard, Fruhinsholz publiant une observation d'albuminurie grave de la grossesse avec éclampsie, montre dans une communication à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Nancy, la difficulté d'établir « le *critérium de provocation* ». Il affirme cependant la nécessité de ce critérium, quelque arbitraire qu'il doive être : « bien qu'il semble résulter, surtout de notre observation, écrit-il, qu'une règle rigide ne soit pas de mise lorsqu'il est question d'interrompre la grossesse, je persiste à demander une règle et à la demander aussi étroite et aussi précise que possible, pour chaque cas ; elle pourra être prise en défaut une fois par hasard comme celle-ci, elle n'en sera pas moins bonne pour la généralité des cas ».

En 1927, Bué, dans son rapport au Congrès de Lyon, ne répond pas complètement à cette demande de précisions. Parlant tout spécialement de l'éclampsie dans le paragraphe qu'il consacre aux albuminuries de la gestation, il se réfère simplement à l'opinion de Bar : « en observant attentivement la marche des événements, on peut dans une assez large mesure, reconnaître les faits dans lesquels l'aggravation des symptômes doit conduire rapidement à la période des crises et ceux dans lesquels les accidents sont légers. Comme règle générale, je puis vous dire que dans tous les cas où on ne

voit pas les signes d'intoxication s'amender rapidement sous l'influence du traitement institué, il est indiqué de provoquer l'accouchement. Cette indication devient particulièrement pressante quand le syndrome affecte la forme clinique d'accès atypiques : sorte de coma interrompu de temps à autre par des mouvements désordonnés, crises de dyspnée, névralgies tri-faciales s'exaspérant par instant d'une façon particulièrement violente, accès d'hallucinations... »

Il ressort de ces quelques lignes, que la clinique ne semble pas capable d'apporter de tests très précis à la solution du problème. Le malaise qui résulte de cette imprécision a incité accoucheurs et médecins à s'adresser au laboratoire.

Parmi les recherches qui ont été faites, nous citerons :

a) *Le dosage de l'urée sanguine.* Il avait suscité au début de ce siècle de nombreux espoirs.

Gerest, dans sa thèse, les exprimait ainsi :

« Il faut cependant reconnaître que l'ensemble de l'allure clinique peut n'être pas d'une netteté suffisante pour poser d'une façon formelle l'indication d'un accouchement prématuré provoqué. C'est dans ces circonstances que nous estimons utile de recourir à l'avenir à certaines recherches de laboratoire, en particulier au dosage de l'urée dans le sang. »

Ces espoirs ne se sont pas réalisés : tous les travaux récents ont montré que les néphropathies gravidiques de type hyperazotémique sont exceptionnelles.

Dans leur article « Azotémie et Gestation », paru en 1927, Cleisz et Landat écrivent : « la règle est que dans

les syndromes rénaux gravidiques, il y a élévation du taux de l'urée, mais cette élévation est habituellement peu marquée ».

En outre, il est fréquent de trouver dans l'éclampsie un taux d'urée sanguine inférieur à la normale.

b) *Le dosage des protéines du plasma sanguin* qui a été étudié en particulier par Tonkes n'a pas une valeur plus grande. On a pu signaler des cas de néphropathie gravidique à type de néphrose lipoïdique (Pigeaud et Contamin). Mais ces cas mis à part il faut se rappeler que les œdèmes, fréquents, dans les albuminuries gravidiques, ôtent souvent aux chiffres obtenus ici toute signification. Plass et Bogert voient cependant dans leur abaissement un moyen de déceler les œdèmes cachés.

c) *Le dosage de l'azote résiduel, des amino-acides et de l'acide urique dans le sang* a été l'objet de nombreux travaux.

Wetterdal, étudie dans 144 cas de toxémie gravidique et dans 23 cas d'éclampsie, l'azote résiduel et les amino-acides. Ces dosages ne lui semblent avoir aucune valeur pronostique. Seule l'élévation du taux de l'acide urique peut, lorsqu'elle est rencontrée, être considérée comme un élément défavorable. *En principe, on peut conclure qu'il n'existe aucun parallélisme entre le taux de l'azote résiduel de l'acide urique ou des amino-acides d'une part, la tension artérielle, la diurèse et l'albuminurie d'autre part.*

Eufinger note que l'azote résiduel et l'indican sont assez fréquemment augmentés dans la grossesse pathologique, mais que cette élévation n'est pas parallèle à

la gravité de l'état des malades, ni aux manifestations cliniques de leur état rénal. Il ne leur accorde même pas comme Wetterdal et Stander une valeur de discrimination pour distinguer les néphropathies gravidiques des néphrites antérieures à la grossesse. Il pense que leurs modifications sont plus dues à un trouble du métabolisme des protéines qu'à une modification de la perméabilité rénale ce qui n'est pas l'avis de Zaharescu-Karaman, Ursu, Alexiu et Ursu.

d) *La constante uréo-sécrétoire d'Ambard* n'a guère plus de valeur que le dosage de l'azotémie.

Cependant MM. Brault et Lamache ont publié une observation de néphropathie gravidique hypertensive où l'urée sanguine était de 0,35 ‰ et pour laquelle la constante d'Ambard atteignant 0,12 permet de mieux préciser le pronostic. M. Le Lorier avait insisté sur ce point depuis fort longtemps, mais ce test comme tous les autres tests d'imperméabilité rénale a plus de valeur au cours des néphrites chroniques qu'au cours des néphropathies gravidiques.

e) *L'examen chimique des urines n'est pas plus intéressant*, il n'existe pas de troubles manifestes de la concentration au cours des néphropathies gravidiques, tout au moins à un moment où le tableau clinique est encore trop pauvre pour faire porter par lui-même le pronostic.

f) *Le coefficient de Maillard* modifié par Derrien-Clogne n'a pas donné les résultats qu'on pouvait espérer de lui : Timsit qui l'a étudié dans sa thèse, note : « nous avons recherché la valeur de ce coefficient chez les fem-

mes enceintes présentant au cours de la grossesse un syndrome d'albuminurie grave.... Nos résultats concordent pour montrer que contrairement à ce qu'on pourrait croire à priori, le taux du coefficient de Maillard n'est jamais très élevé chez de telles malades. Chez une malade éclamptique, en particulier, nous avons vu ce coefficient sensiblement voisin de la normale. *L'ensemble de nos observations nous autorise à dire en conclusions que la recherche du coefficient de Maillard chez les malades présentant à la fin de la grossesse, un syndrome d'albuminurie ne présente qu'un intérêt très faible tant du point de vue du diagnostic que du pronostic.* »

g) *Autres épreuves.*

Maurice Mayer, dans la discussion d'un article de Herrick sur les Indications de l'avortement thérapeutique dans les affections cardio-vasculaires et rénales, a fait une excellente revue générale de la plupart des autres dosages pratiqués au cours de la grossesse et des toxémies gravidiques.

Rappelant en particulier la classique rétention chlorurée physiologique des femmes enceintes et les travaux de Lévy Solal et de Laudat sur le chiffre habituellement normal cependant du chlore globulaire et du chlore plasmatique, il conclut qu'un fait seul est certain : « *C'est la variabilité de l'équilibre rénal et humoral de la femme enceinte qui est susceptible de se rompre à toute période de la gestation sous l'influence de facteurs encore mal précisés.* »

Ainsi il ne semble pas qu'au cours de ces dernières

années, on ait découvert un test capable de préciser le pronostic des syndromes d'albuminurie gravidique au cours de leurs trois derniers mois. Nous restons obligés de baser les indications de l'interruption de la grossesse sur les signes cliniques : *importance des œdèmes*, manifestations de *prééclampsie*, taux de la *tension artérielle*, examen du *fond d'œil*, symptômes de *défaillance cardiaque*...

Peut-être des réactions biologiques nous donneront-elles un jour le résultat que les analyses chimiques ont été impuissantes à nous fournir.

I. — Les Néphropathies gravidiques.

Fidèle au plan que nous avons adopté pour la classification de nos observations, nous envisagerons successivement les éléments de pronostic que peuvent fournir isolément l'albuminurie, les œdèmes, les modifications de la tension artérielle et finalement les syndromes complexes, où ces éléments se trouvent associés entre eux et à de multiples troubles fonctionnels.

A) L'ALBUMINURIE ET LES FORMES ALBUMINEUSES SIMPLES (1)

Analogues aux néphropathies albumineuses simples de Rathery, certaines *néphropathies gravidiques* peuvent, comme l'ont montré MM. Voron et Pigeaud, se traduire

(1) Début des observations, page 14, observation I.

uniquement par la présence d'une albuminurie plus ou moins importante.

Assez fréquentes, elles ne deviennent cependant que rarement une indication d'interrompre la gestation. Il est rare qu'en l'absence de tous signes fonctionnels, les malades acceptent de se faire hospitaliser, il est rare aussi que l'albuminurie atteigne un taux important. Jacob, dans sa thèse, n'en rapporte que 7 cas sur 40 néphropathies gravidiques dont 2 seulement ayant légitimé un accouchement provoqué.

Le risque le plus important de ces formes est pour *l'enfant*. Il arrive fréquemment qu'il meurt in-utéro sous l'influence de très grosses altérations placentaires ; c'est là une notion universellement admise. Si l'accouchement provoqué avant terme semble en découler logiquement, le problème de ses indications basées sur la seule constatation d'une albuminurie, n'en reste pas moins délicat.

On a fait remarquer que cette albuminurie n'est pas toujours le témoignage d'une atteinte rénale véritable et surtout que son taux est loin d'être en relation directe avec le risque fœtal.

Il existerait des albuminuries transitoires, dont l'explication peut être donnée par l'existence d'une affection intercurrente ou d'un spasme vasculaire et elles ne sauraient légitimer l'interruption de la grossesse. A cela, on peut répondre qu'il en existe d'autres, sur lesquelles Stieglitz insiste et qui sont dues à l'élimination non seulement de l'albumine du sérum, mais encore d'un certain nombre de protéines tissulaires. Dans ces cas (compatibles peut-être avec l'intégrité de l'appareil

rénal) elles sont le témoignage d'une intoxication de l'organisme ou l'indice d'une atteinte hépatique et elles procèdent d'un état pathologique ou d'une toxémie dont le retentissement sur le fœtus n'est sans doute pas favorable.

Le plus simple, en attendant que des tests plus précis nous permettent de donner à chaque albuminurie sa valeur pronostique exacte, est de les considérer toutes comme suspectes au prorata de leur taux.

Il doit simplement rester bien entendu que les examens cytologiques et chimiques aussi bien que l'étude clinique et celle de la tension artérielle doivent être voisins de la normale avant de parler de forme albumineuse simple. Le domaine de cette forme ira sans doute en se rétrécissant à mesure que nos procédés d'investigation deviendront plus précis. Il n'existe d'ailleurs pas de frontières rigides entre elle et les syndromes plus complexes : souvent on voit se dessiner au cours d'une néphropathie albumineuse simple un mouvement tensionnel anormal (obs. 4 : T. A. 16, 5/6) ou même des signes cliniques voisins de la prééclampsie (obs. 4 également).

Le problème qui se pose actuellement en pratique est de savoir quelle conduite on doit tenir lorsqu'on se trouve en présence d'une albuminurie isolée, massive et sans signes d'imperméabilité rénale associée, au cours des derniers mois de la grossesse.

Le danger étant infime pour la mère, lorsqu'elle est bien surveillée, il n'est pas question dans ces formes d'interrompre la gestation à une époque trop précoce, ce qui donnerait naissance à des enfants trop prématu-

rés, et une règle facile à admettre est de ne *discuter ici l'interruption de la gestation qu'au cours du neuvième mois* : nos cinq observations obéissent à cette règle qui est d'autant plus facile à observer que les formes albumineuses simples restent rarement monosymptomatiques et ne tardent pas à s'accompagner d'hypertension, d'œdèmes ou de tout autre signe fonctionnel lorsqu'elles apparaissent précocement.

Si l'on admet que la grossesse ne doit être interrompue qu'au cours du neuvième mois, il ne faut pas en déduire qu'elle doit être interrompue le plus tardivement possible. L'expérience prouve, bien au contraire, qu'il faut savoir décider l'accouchement provoqué suffisamment tôt au cours de ce neuvième mois. Nos observations sont particulièrement édifiantes de ce point de vue ; nous déplorons deux fois l'obitus fœtal au cours du travail (obs. 2 et 3). Dans le premier cas, le terme était dépassé depuis trois semaines lorsque la malade se fit hospitaliser, et le déclenchement du travail décidé le lendemain fut trop tardif ; dans le second, l'accouchement fut déclenché seulement au cours de la dernière semaine avant terme.

Même si le fœtus est peu développé, il ne semble pas, lorsque le neuvième mois est atteint, que l'on doive trop redouter sa débilité. L'enfant de l'observation 5, qui pesait 1850 gr. à sa naissance et qui ne fut allaité par sa mère que quelques jours, s'est néanmoins développé d'une façon assez satisfaisante et est vivant à l'âge de 14 mois.

Si l'accouchement provoqué doit être pratiqué assez largement au cours du dernier mois de la gestation, dans les formes albumineuses simples, il reste à déterminer le taux de l'albuminurie qui sera une indication d'intervenir et le délai que l'on peut accorder aux malades, après leur hospitalisation ou leur mise au régime strict, avant de faire de ce taux un test de valeur.

L'albuminurie n'a pas été dosée dans une de nos observations (obs. 2). Dans les autres, son taux atteignait toujours le voisinage de 1 gramme ou dépassait ce chiffre au moment où l'accouchement fut provoqué.

En ce qui concerne le délai accordé pour juger de l'efficacité du traitement, nous relevons : 20 jours, 24 heures, une semaine, 2 jours et 11 jours pour suivre l'ordre chronologique dans lequel ont été rapportées nos observations. Dans les cas où le délai accordé fut très court, les malades étaient très près du terme ou l'avaient dépassé et ces chiffres perdent de leur valeur.

Pour conclure, nous croyons devoir énoncer la règle évidemment arbitraire, mais susceptible de rendre de grands services que nous avons vu adopter par M. Trillat : *lorsqu'au cours du neuvième mois, l'albuminurie atteint ou dépasse 1 gr. ‰ après une semaine de traitement, de régime et de repos, on doit interrompre la grossesse sans hésitation. Le délai d'une semaine sera raccourci si l'on se trouve au voisinage immédiat du terme.*

B) LES OEDÈMES

LES NÉPHROPATHIES GRAVIDIQUES AVEC OEDÈMES (1)

L'importance des œdèmes au cours de l'albuminurie gravidique est apparue de tout temps.

Pour Vinay, si les formes œdémateuses de l'albuminurie gravidique sont souvent susceptibles d'une évolution favorable, elles peuvent parfois devenir une indication spéciale d'interruption de la grossesse : « surtout lorsqu'elles s'accompagnent de congestion pulmonaire avec épanchement des séreuses et œdème généralisé... »

Pinard, précise tout spécialement l'importance qu'il accorde à l'oligurie qui est un des maîtres symptômes de ces formes. Il déclare (rapportant la conduite qu'il a tenue lorsqu'il a été appelé à prendre une décision) : « Je me suis surtout appuyé sur la quantité d'urine émise dans les 24 heures. Tant que la quantité recueillie dans ce laps de temps est égale à 800 ou 1000 gr., je crois que l'intervention n'est pas indiquée, à moins de circonstances exceptionnelles. »

Gerest rappelle que « les œdèmes généralisés peu influencés par le régime sont signalés dans un grand nombre d'observations d'accouchement provoqué » et que « l'anasarque avec ascite et surtout épanchements pleuraux viendra parfois fournir une indication plus pressante à l'intervention. »

Plus récemment, Loeb remarque que les œdèmes ne doivent pas toujours entraîner un pronostic défavora-

(1) Début des observations page 20, observation VI.

ble et qu'ils ne sont pas dangereux par eux-mêmes. La rétention hydrique serait un mécanisme de défense pour diluer les produits toxiques. Nous savons que pour d'autres auteurs, elle serait conditionnée surtout par des facteurs vasculaires. Quoi qu'il en soit, Stieglitz admet que lorsque les œdèmes augmentent rapidement près du terme, il est inutile et même dangereux de laisser la grossesse évoluer.

Gueissaz, étudiant dans son rapport au neuvième Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française (Alger 1935), les relations des œdèmes avec l'albuminurie et l'hypertension au cours de la grossesse, considère que les œdèmes peuvent être regardés comme constants dans l'éclampsie, mais qu'il est rare (4 % des cas seulement), de noter l'association isolée : Œdèmes—Albuminurie sans Hypertension. Il est d'avis que l'interruption de la gestation n'est discutable que dans les cas où l'hydropisie est associée à l'albuminurie et à l'hypertension avec menace d'éclampsie. Il cite l'opinion de Freund qui pense que l'intervention doit être pratiquée seulement dans les cas où les œdèmes, l'oligurie et l'albuminurie s'accroissent après 10 jours de traitement et lorsque s'installent des troubles visuels par altération rétinienne.

MM. Voron et Pigeaud, de même qu'ils individualisent les formes albumineuses simples, les formes hypertensives, et les formes hyperazotémiques des néphropathies gravidiques publient dans la thèse de Brochier 6 observations de néphropathie de type hydro-pigène, ils en réunissent 20 dans la thèse de Jacob.

Insistant sur les œdèmes cachés qui ne seront décelés

que par la pesée et l'étude attentive de la diurèse, ils notent tout particulièrement les risques d'accidents paroxystiques que comportent ces formes du point de vue maternel.

Dans un cas sur cinq, on note des accidents de pré-éclampsie dans les observations de Jacob et la moitié de ces accidents aboutissent à de l'éclampsie confirmée ; il existe, en outre, une lourde mortalité que l'on peut estimer à 25 % de l'ensemble des cas...

C'est une double raison d'interrompre la gestation et Jacob écrit : « le syndrome de néphropathie gravidique avec œdèmes est un syndrome grave s'accompagnant dans 20 % des cas d'accidents de la série éclamptique et entraînant dans 35 % des cas (Jacob compte à la fois la morti-natalité et la mortalité primaire) la mort de l'enfant. La provocation du travail avant terme, au cours du neuvième mois de la grossesse, dès que les symptômes s'aggravent malgré le traitement, est une excellente opération dont les résultats ont été constamment favorables ». Cette conclusion est fondée si l'on considère que dans tous les cas d'accouchement provoqué rapportés par Jacob, et ils sont au nombre de 7, l'enfant survécut, alors que dans les 13 autres observations, 6 seulement sortirent vivants du service.

Nous avons recueilli pour notre part 7 observations d'albuminurie avec œdèmes ayant nécessité la provocation du travail. Comme le préconisent MM. Voron et Pigeaud, nous avons éliminé les observations d'albuminurie dans lesquelles les œdèmes apparents avaient cédé au repos au lit. Nous avons conservé celles où les œdèmes, même peu importants, ont persisté, nous sou-

venant qu'on a pu (Klaften) voir évoluer des accidents très importants chez des femmes dont les œdèmes étaient strictement localisés, soit aux malléoles, soit à la vulve.

Nous avons éliminé encore tous les cas dans lesquels la tension artérielle minima était supérieure à 10. Dans deux observations que nous avons conservées elle n'en était pas moins un peu anormale (Obs. 4 : 15,5/9,5 — Obs. 5 : 15/9).

Dans cinq cas sur sept, *les œdèmes* sont restés localisés aux membres inférieurs.

Dans les deux autres cas (Obs. 2, Obs. 3) ils étaient généralisés atteignant la face. Ils ne prirent toutefois la première place du tableau symptomatique qu'une fois (Obs. 3). C'est ici que leur extension rapide décida de l'interruption de la grossesse trois semaines avant terme. C'est ici aussi que nous notons la seule oligurie au-dessous de 1000 gr. constatée dans nos observations de cette forme de néphropathie.

Dans toutes nos observations, à deux exceptions près (Obs. 4 et Obs. 5), le *taux de l'albumine* aurait suffi à lui seul à légitimer la provocation de l'accouchement :

— Il atteignait ou dépassait 3 gr. ‰ après 4, 7 et 10 jours d'hospitalisation, dans les observations 1, 2 et 7.

— Il atteignait ou dépassait 1 gr. 50 ‰ après 5 et 7 jours de traitement dans les observations 3 et 6.

La durée du déclenchement du travail a atteint ou dépassé 24 h. à trois reprises. Cette difficulté à provoquer le travail dans les formes chlorurémiques n'a cependant pas été suivie d'un prolongement anormal de la durée du travail lui-même qui n'a jamais atteint 24 heures,

restant même inférieur à 12 h. dans 5 cas sur 7. Rappelons à ce sujet que Blein, dans sa thèse, a montré que les néphropathies gravidiques avec œdèmes ont un accouchement plus lent que les autres formes cliniques de néphropathies.

L'accouchement a toujours été provoqué *au cours des 3 dernières semaines de la gestation* mais, d'une façon générale, *l'expectative fut moins prolongée* que dans les formes albumineuses simples. C'est ainsi que, malgré l'éloignement relatif du terme (21 jours), la décision de l'accouchement provoqué fut prise après 5 jours d'hospitalisation seulement dans notre troisième observation.

Les résultats fœtaux ont été favorables dans six sur sept de nos observations. La seule exception que nous notons concerne l'accouchement d'un mort-né par une malade chez laquelle un syndrome d'instabilité vasculaire assez curieux était associé aux œdèmes et à l'albuminurie (Obs. 3).

Les suites maternelles ont été également heureuses sans aucun accident immédiat ; plusieurs fois cependant l'albuminurie persistait à la sortie (obs. 2, 4, 7) alors que les œdèmes avaient disparu rapidement.

Ainsi le résultat de l'accouchement provoqué apparaît-il le meilleur paradoxalement dans les formes avec œdèmes que dans les formes albumineuses simples. Cela tient sans doute au fait que la thérapeutique obstétricale a pu être instituée ici plus tôt, ce qui lui a conféré un succès plus grand.

Il n'en reste pas moins difficile d'énoncer une règle précise au sujet de l'appréciation des œdèmes dans l'in-

dication d'intervenir. Il est toujours nécessaire, avant de leur accorder une valeur quelconque, de prolonger pendant quelques jours l'épreuve du repos et du régime. Dans ces conditions nous pensons que le délai d'une semaine imposé aux formes albumineuses simples avant de prendre une décision, sera ici encore de règle.

C). L'HYPERTENSION — LES FORMES HYPERTENSIVES
DES NEPHROPATHIES GRAVIDIQUES (1)

Dès 1897, Vaquez et Nobécourt établissent la valeur pronostique de la mesure de la tension artérielle dans le dépistage de l'éclampsie.

Contrairement à certains auteurs qui prétendent que la tension artérielle est constamment élevée lorsque persiste ou s'aggrave une albuminurie gravidique. Vaquez distingue très nettement des formes d'albuminurie gravidique avec et sans hypertension ; il pense que les premières renferment en elles-mêmes une menace d'éclampsie et à lire le chiffre de la tension, il estime qu'on peut annoncer la crise.

Wallich, en 1912, consacre au Congrès de Berlin l'importance du test que constitue la tension artérielle et Gerest, en 1913, peut déclarer : « la tendance générale en France est d'admettre, sans aucune réserve, la proposition que soutenaient déjà, dès 1900, Pinard,

(1) Début des observations page 31, observation 'XIII.

Quériel et Reynaud, à savoir que la courbe des variations de pression surpasse tous les autres signes comme élément de pronostic ».

A peu près à la même époque, Couvelaire individualise l'apoplexie utero-placentaire et ses relations avec les toxémies hypertensives.

Après 1918, l'étude des spasmes artériels et de la tension moyenne vient préciser le syndrome tensionnel et la valeur des hypertensions d' « alarme » au cours de la grossesse est mise en évidence par M. Le Lorier dans la thèse de Lenz.

Du point de vue clinique, MM. Voron et Pigeaud, dans la thèse de leur élève Metton, individualisent les formes hypertensives de l'albuminurie gravidique : « par l'expression de néphropathie gravidique, à type hypertensif, il faut entendre les cas d'albuminurie associée à une hypertension manifeste et persistante, au moins pendant quelques semaines avant l'accouchement ». Admettant dans leurs travaux initiaux, les observations comportant uniquement une hypertension et de l'albuminurie, ils élargissent ensuite les cadres de cette forme et y font entrer un certain nombre d'observations comportant des œdèmes. C'est ainsi que Jacob, sous le titre de néphropathie gravidique avec hypertension écrit : « Nous classons dans ce groupe toutes les néphropathies gravidiques accompagnées de modifications tensionnelles toutes les fois que la tension maxima atteint ou dépasse 18, *qu'il y ait des œdèmes ou qu'il n'y en ait pas*. Du jour où la tension maxima est à 18, ce sont ces modifications tensionnelles qui dominent le tableau clinique et qui doivent servir à carac-

tériser cette forme clinique de néphropathie gravidique ».

On comprend que le pronostic soit différent suivant que l'on adopte la classification initiale ou celle énoncée par Jacob.

Si, de toute façon, on doit redouter des accidents du point de vue maternel, puisque Metton relève 5 accidents prééclamptiques sur 6 cas, et qu'on trouve 3 éclampsies caractérisées sur les 11 malades de Jacob, le pronostic fœtal change beaucoup suivant que l'on se reporte à l'un ou à l'autre de ces auteurs. Pour le premier, les accidents du côté de l'œuf et du fœtus sont rares et les placentas sont, en général, normaux, un seul enfant sur 6 observations est mort in-utéro.

Pour le second, le pronostic devient franchement mauvais, sur 11 observations, on note :

- 3 morts du fœtus in-utéro,
- 1 mort du fœtus au cours du travail.
- 2 morts rapides après la naissance.

Cette proportion désastreuse semble à première vue un argument en faveur de l'accouchement prématuré provoqué. Cependant Jacob écrit : « Nous ferons remarquer que les indications de la provocation du travail sont moins fréquemment rencontrées dans les néphropathies gravidiques avec hypertension que dans les néphropathies gravidiques avec œdèmes,, car ainsi que le démontrent nos 11 observations, l'hypertension est dans la majorité des cas accompagnée d'un arrêt du développement du fœtus qui meurt souvent in-utéro ou qui est fréquemment expulsé avant terme. »

Quoi qu'il en soit, dans les cas où la provocation est possible, même s'ils doivent être rares, on peut penser avec Stieglitz qu'à partir de 7 mois et demi ou 8 mois, la terminaison anticipée de la grossesse permet d'éviter à la mère de redoutables accidents comme le décollement prématuré du placenta. Si l'on obtient des enfants d'un faible poids, du moins leur accouchement est-il plus facile et ne risquent-ils pas de subir les effets de l'intoxication ou la mort in-utéro qui survient si souvent ici. Nous devons rappeler, de ce point de vue, que MM. Voron et Pigeaud ont noté l'heureux développement d'enfants très petits dans les formes hypertensives, ce qui permet de pratiquer l'accouchement provoqué assez tôt.

Le principe de l'accouchement provoqué chez les hypertendues étant admis, il reste à s'entendre sur les modifications tensionnelles et les complications de ces modifications, susceptibles de devenir une indication de l'interruption de la grossesse.

Modifications tensionnelles. — L'étude de l'hypertension gravidique ne va pas sans difficultés.

La première consiste à en fixer les limites.

Lenz pense que les modifications tensionnelles doivent attirer l'attention à des taux très bas.

Pour M. Le Lorier, l'hypertension d'alarme commence à 13 et finit à 15 ; au-delà de 15 commence la zone dangereuse, au delà de 18 de tension maxima les malades sont en imminence d'éclampsie.

MM. Voron et Pigeaud, dans leur classification des néphropathies gravidiques, n'admettent dans les formes

hypertensives que celles atteignant ou dépassant ce dernier chiffre (1).

En réalité, il semble que, plus que le chiffre de la tension en lui-même, comptent ses variations sous l'influence de la grossesse.

Il existe bien au cours des derniers mois une élévation normale mais elle ne saurait être ici une cause d'erreur puisque comme l'écrit M. Gallavardin, elle « serait toujours très minime, ne dépassant guère 1 cm. de mercure. »

La question de première importance est de connaître le taux de la tension en dehors de la gestation, car, comme le fait remarquer Stieglitz, une malade âgée de 19 ans, dont la tension artérielle au début de la grossesse, est de 10,5/6 et qui parvient à 14,5/10 au huitième mois, est aussi profondément intoxiquée qu'une malade de 33 ans qui aurait eu ce chiffre au début de sa grossesse et qui atteindrait 18,5/12. Malheureusement, bien souvent, l'étude des antécédents ne donne pas à cette question une réponse satisfaisante ; l'épreuve du nitrile d'amyle que l'on trouve citée dans certaines observations américaines et qui a fait récemment l'objet d'une communication de MM. Aubertin et Wester à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, permettra peut-être à l'avenir d'acquérir au moins une notion de probabilité au sujet des hypertensions antérieures. Nous n'avons

(1) Pour éviter les variabilités de la maxima, nous avons pris comme test de discrimination de nos observations de forme hypertensive, la tension minima, et pour fixer un chiffre forcément arbitraire, nous avons choisi le chiffre 10.

pas, pour l'instant, de document personnel qui permette d'en juger.

En l'absence ou non d'antécédents, il convient, à partir du moment où la malade peut être surveillée, de prendre très fréquemment la tension artérielle et d'en établir avec soin la courbe. La brusquerie de ses variations a, en effet, une valeur pronostique essentielle.

Zangemeister a attiré l'attention sur l'instabilité tensionnelle de la maxima lorsque les malades entrent en phase de prééclampsie.

Les modifications du chiffre de la tension différentielle ont une importance encore plus grande. Il importe de savoir si la tension artérielle est bien équilibrée avec une différentielle suffisante (tension minima égale à la moitié de la tension maxima plus 1 ou 2 cm. de mercure) ou si elle a tendance à se décapiter, ce qui est d'un pronostic d'autant plus défavorable que la décapitation sera plus brusque.

A côté des tensions artérielles maxima et minima, habituellement recherchées, il y a un gros intérêt à suivre le chiffre de la *tension moyenne* dont l'élévation croissante et progressive est, à elle seule, comme l'ont montré MM. Couvelaire et Lévy-Solal, une indication défavorable.

La valeur de l'indice oscillométrique sur lequel se base le chiffre de la tension moyenne, doit également retenir l'attention, comme y ont insisté M. Fruhinsholz et ses élèves. Dans l'hypertension gravidique, il peut, en effet, exister une sorte de systématisation des spasmes gravidiques à tout l'appareil circulatoire (sans doute en relation avec la prédominance sympathicotonique des

trois derniers mois). L'intensité de ces spasmes est parfois considérable, Baridon rapporte ainsi dans la première observation de sa thèse l'histoire d'une femme ayant expulsé un fœtus de 6 mois au milieu de phénomènes prééclampsiques et dont l'indice oscillométrique ne dépassait pas une demi division à l'appareil de Pachon. On doit redouter ici aussi bien les accidents fœtaux que maternels et Jacob écrit à ce sujet : « à plusieurs reprises, nous avons constaté la mort du fœtus in-utéro chez des femmes dont l'hypertension s'accompagnait d'un indice oscillométrique extrêmement faible. Nous nous sommes demandé si l'hypertension et l'indice oscillométrique faible, ne traduisaient pas un spasme vasculaire généralisé, capable de faire sentir ses effets au niveau de l'utérus et gênant de façon extrêmement marquée la circulation fœto-placentaire. »

Signes cardiaques et œdème aigu du poumon.

Il est superflu d'insister sur la nécessité de suivre très étroitement le fonctionnement cardiaque des hypertendues. On se rappellera avec Gellé et Patoir que les orthodiagrammes n'ont pas grosse valeur en raison des modifications de la statique cardiaque au cours de la grossesse.

C'est surtout chez les femmes se plaignant d'être dyspnéiques — même si cette dyspnée ne présente pas l'aspect d'accès de pseudo-asthme — que l'on s'attachera à dépister les signes de défaillance cardiaque.

Il faut agir avant l'apparition d'un rythme de galop et surtout d'un souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle

qui doivent faire redouter l'imminence d'un accès d'œdème aigu du poumon et constituent, en principe, une contreindication à l'interruption immédiate de la grossesse. Il vaut mieux alors, en effet, attendre pour intervenir que la compensation cardiaque soit mieux assurée sous l'influence d'une thérapeutique médicale appropriée.

Comptant davantage sur les variations tensionnelles, sur l'abaissement de la différentielle, sur la faible amplitude des oscillations et sur les signes fonctionnels de défaillance cardiaque, que sur les chiffres mêmes de la tension artérielle, pour faire pencher la balance en faveur de l'intervention, il nous reste à insister sur un élément de pronostic essentiel des hypertensions gravidiques : l'examen du fond d'œil.

Le fond d'œil. — Les artères de la rétine sont les artères de l'économie les plus accessibles à l'examen. Au cours des hypertensions de la grossesse atteignant une certaine gravité, ces artères vont subir un certain nombre de modifications.

La rétinite hypertensive réalise l'accident le plus fréquent, elle est caractérisée par trois ordres de symptômes (1) :

a) *L'œdème de la rétine.* — Cet œdème est surtout marqué au niveau de la rétine centrale, ce n'est cependant pas un œdème papillaire, la papille participant à l'œdème, simplement au même titre, que toute la rétine

(1) Le D^r Bonamour, dont la thèse inaugurale fut consacrée au fond d'œil des hypertendus, a bien voulu nous aider de ses précieux conseils pour la rédaction des lignes qui vont suivre.

avoisinante. Il constitue un élément essentiel du syndrome et, sans œdème, on ne peut parler de rétinite gravidique vraie.

b) *Les exsudats.* — Ils sont particulièrement marqués et abondants dans la forme gravidique des rétinites hypertensives. Les exsudats ne se voient pas spécialement au niveau de la région maculaire comme dans la rétinite albuminurique ordinaire et ne réalisent généralement pas la figure de l'étoile maculaire. Ce sont plutôt de gros exsudats numulaires, flous, blanchâtres, nuageux, qui se voient le long des gros vaisseaux.

c) *Les hémorragies et les signes vasculaires.* — Les hémorragies prennent la forme de multiples petits foyers parsemant le tissu rétinien et accompagnant les vaisseaux sous forme de flammèches.

Les signes vasculaires qui les accompagnent sont surtout représentés par l'aspect fusiforme et grêle des artères, la tension de l'artère centrale de la rétine dépasse en général 100 de minima.

Le pronostic des rétinites hypertensives gravidiques peut être envisagé du point de vue visuel et du point de vue général.

— Du point de vue visuel, le pronostic peut être considéré comme favorable. Il est en tout cas beaucoup plus favorable que celui des rétinites hypertensives ordinaires dont les séquelles sont redoutables. Les rétinites gravidiques disparaissent en général progressivement après l'accouchement. Le premier symptôme qui regresse est l'œdème, vien-

nent ensuite les exsudats et les hémorragies qui persistent beaucoup plus longtemps.

— Du point de vue général, les rétinites sont un signe de gravité indiscutable lorsqu'elles apparaissent au cours d'une albuminurie gravidique. Il ne semble pas en l'état actuel des choses que l'on puisse décrire plusieurs sortes de rétinites au cours de la grossesse, il est en tout cas impossible sur le seul examen ophtalmologique de faire le diagnostic entre les rétinites hypertensives gravidiques et les rétinites apparaissant chez une femme enceinte antérieurement porteuse d'une néphrite chronique. L'hypertension semble être leur étiologie commune.

Le décollement de la rétine est un accident beaucoup plus rare que la rétinite.

Hallum prétend qu'il l'a rencontré dans 2 % des toxémies hypertensives de la grossesse. Ce décollement guérit généralement dans les 10 jours qui suivent l'accouchement.

Ozaki, Oshima et Yun en ont rapporté en 1936 une belle observation chez une femme dont la tension artérielle était de 20,5/14,2. Ils ont obtenu, en pratiquant une césarienne à huit mois, un enfant vivant. Le vingt-troisième jour, la vue était redevenue normale, le trente-deuxième jour, la tension artérielle était de 12/9.

Le problème posé par ces manifestations oculaires du point de vue obstétrical est un des plus simples que nous ayons à résoudre. Tous les auteurs sont d'accord pour

prescrire ici l'interruption de la grossesse. La thèse de Guérin, celle de Burnier, le rapport de Rochon-Duvigneaud à la Société Française d'Ophtalmologie, les résultats de Wagener démontrent que l'on a toujours eu à se louer d'avoir terminé artificiellement la grossesse dès leur constatation.

Accoucheurs et ophtalmologistes sont généralement d'accord, les uns avec Couvelaire, les autres avec Renard, pour estimer que si ces signes persistent et s'accompagnent d'une baisse de l'acuité visuelle, l'indication formelle et immédiate se pose d'interrompre la gestation : « quel que soit le terme, sans faire peser dans la balance le degré de viabilité du fœtus ». C'est la conduite que récemment encore MM. Palliez et Gernez ont tenue dans un cas semblable ; elle paraît d'autant plus justifiée que si on laisse évoluer l'affection dans les rétinites apparues avant la 28^e semaine, il y a trois chances sur quatre d'après les statistiques de Schiotz pour que la grossesse n'aille pas à terme.

Si nous nous reportons à nos cinq observations de néphropathies gravidiques hypertensives où la *tension artérielle minima dépassait 10* et d'où nous avons éliminé tous les cas comportant des œdèmes ou une hyperazotémie, nous ne trouvons qu'une seule fois des accidents oculaires : il s'agissait (Obs. 4) d'une malade dont la tension artérielle très élevée faisait d'ailleurs se poser la question d'une hypertension antérieure à la gestation. Cette hypertension de 22/13, coïncidait avec une albuminurie de 0,70 et une rétinite qui décida très rapidement à provoquer le travail, un mois avant terme.

Dans les quatre autres observations, le déclanchement du travail fut indiqué uniquement par le chiffre de la tension artérielle et le taux de l'albuminurie.

Dans l'Obs. 1, en cinq jours, la tension artérielle passe de 15/9 à 15/10 et l'albuminurie monte à 3 grammes. Douze jours avant terme, l'accouchement est provoqué dans de bonnes conditions.

Dans l'observation 2, la tension artérielle s'élève de 13/7,5 à 17,5/10 en douze jours, en même temps que l'albuminurie passe de 0,13 à 1 gr. 20. Vingt jours avant terme, on provoque l'accouchement.

Dans l'Obs. 3, la tension artérielle reste stationnaire à 16/11 après trois jours de traitement, en même temps que l'albuminurie persiste sous forme d'un gros disque. Le terme étant dépassé, l'indication d'intervenir se trouve doublement justifiée.

Dans l'Obs. 5, on intervient à cinq jours du terme, en raison de l'existence d'une hypertension à 18/11,5 et d'une albuminurie à 4 gr. neuf jours après l'entrée dans le service.

Dans nos cinq observations, *le déclanchement du travail* fut très rapidement obtenu, l'intervalle maximum entre les premières douleurs et la mise en œuvre des moyens de provocation atteignant au maximum dix heures (Obs. 1).

Le travail, lui-même, fut quatre fois sur cinq très court et inférieur à huit heures ; la dernière fois seulement (Obs. 5) il se prolongea vingt-six heures 30.

Les suites maternelles immédiates furent heureuses, les suites éloignées inégales. On note dans l'observation 4 la persistance d'une hypertension à 17/10 au sei-

zième jour des suites de couches. Cette hypertension est un argument de plus en faveur de l'existence chez cette femme d'une hypertension antérieure. Les malades des observations 2 et 5 ont présenté, la première une albuminurie persistant trois mois après l'accouchement, la seconde, une albuminurie récidivant, d'ailleurs sans accidents graves, au cours de deux grossesses ultérieures.

Malgré la date, parfois très précoce, à laquelle fut déclenché le travail, nous ne relevons la mort que d'un seul enfant. Il pesait 1770 gr. et répond à l'observation de la forme la plus grave (Obs. 4).

Les résultats très favorables que nous venons de rapporter dans les néphropathies gravidiques hypertensives pures conduisent à des conclusions peu différentes de celles que nous formulions dans les formes œdémateuses pures.

L'élévation tensionnelle a l'avantage de préciser le danger et de permettre chez ces malades de poser plus facilement l'indication d'intervenir.

La rapidité avec laquelle cette intervention a été suivie de succès dans nos observations et la faible durée du travail nous incitent à penser *que l'accouchement pourra être provoqué dans les néphropathies gravidiques toutes les fois qu'au cours du dernier mois la tension artérielle minima aura atteint ou dépassé 10, après plus de 5 à 6 jours de traitement si l'on se trouve dans la première quinzaine de ce mois, et de 3 à 4 jours seulement si l'on se trouve dans la seconde quinzaine* (la plus proche du terme).

D) SYNDROME DE TYPE MIXTE (1)

Les néphropathies gravidiques ne réalisent pas toujours une symptomatologie aussi pure que celle dont nous venons de discuter les observations et sont loin de permettre une discrimination aussi précise entre leurs différentes formes.

On peut voir des œdèmes se surajouter à l'hypertension, c'est l'éventualité la plus fréquente, ou une hyperazotémie s'installer, ceci est beaucoup plus rare.

Ces syndromes complexes, lorsqu'on les laisse évoluer, peuvent donner lieu à des accidents de prééclampsie. La prééclampsie n'est pas l'apanage exclusif des formes complexes de néphropathies gravidiques, néanmoins elle y est beaucoup plus fréquente que dans les formes pures où il se trouve précisément que nous ne l'avons jamais observé.

Nous étudierons successivement les formes où l'indication d'intervenir a été posée sur les signes d'examen avant l'apparition de symptômes fonctionnels de prééclampsie, puis la forme prééclamptique elle-même.

I. — *Syndromes complexes
sans symptômes de prééclampsie.*

Nous relevons ici :

1) *Sept malades, chez lesquelles l'indication d'intervenir fut posée sur l'association d'œdèmes et d'hypertension.* — (Nous avons vu que MM. Voron et Pigeaud

(1) Début des observations page 37, observation XVIII.

font actuellement rentrer ces observations dans le cadre des néphropathies gravidiques hypertensives car, à leur avis, le syndrome vasculaire y prédomine).

a) *Dans 4 cas l'interruption fut pratiquée précocement 3 semaines au moins avant terme* (Obs. 3 : 21 jours), (Obs. 4 : 25 jours), (Obs. 8 : 29 jours), (Obs. 9 : 23 jours).

On intervint le jour même de l'admission à l'hôpital de la première malade qui présentait une albuminurie de 2 gr. 50 et une tension artérielle de 17,5/11,5.

Chez la seconde, mise en observation 10 jours, l'albuminurie passa de 2 à 8 gr. ‰ et la tension artérielle de 18/10 à 16/11, décidant à interrompre la grossesse.

Chez la troisième, qui présentait une tension artérielle de 16,5/10 les œdèmes dominaient et, après 3 jours d'expectative, on déclancha le travail sur l'augmentation de 1 à 3 gr. de l'albuminurie et la diminution de 1000 à 800 gr. de la diurèse.

Chez la dernière, l'albuminurie s'est installée précocement au sixième mois. Elle ne cessa d'augmenter jusqu'à 5 grammes, quarante-huit heures après son admission à l'hôpital, sa tension artérielle étant alors de 15/10, on se décida à intervenir.

b) *Dans 3 cas, l'interruption fut pratiquée plus tardivement.*

La première fois (Observation 2), elle fut décidée, le terme étant dépassé, sur l'évolution de l'albuminurie passant en moins d'une semaine de 0 gr. 30 à 4 gr. et d'une tension artérielle s'élevant de 16,5/11,5 à 20/13, pendant le même laps de temps.

La seconde fois (Obs. 6), on intervint à 10 jours du

terme, le lendemain même de l'entrée à l'hôpital sur l'association d'œdèmes malléolaires, d'une grosse albuminurie et d'une tension artérielle à 15/10.

La troisième fois (Obs. 7), la malade présentait une malformation vaginale malgré laquelle on décida la provocation de l'accouchement par voie basse en raison d'une tension artérielle élevée (17,5/11) et d'une albuminurie qui était passée de 1 gr. à 1 gr. 25 au cours de 11 jours d'hospitalisation. Cette décision, mise à exécution une semaine avant terme, se heurta à de grosses difficultés ; le déclanchement du travail fut très laborieux et, après effondrement du diaphragme vaginal, une application de forceps fut suivie d'un shock mortel.

2) *Une seule malade présenta une forme hyperazotémique.* L'albuminurie était associée chez elle à des œdèmes (Obs. 1) et il s'agissait d'une syphilitique.

L'indication d'intervenir fut décidée chez elle, le terme étant dépassé, sur le taux de l'urée sanguine, passant de 0 gr. 41 à 1 gr. 10 en 10 jours, en même temps que l'albuminurie augmentait de 0 gr. 50 à 2 gr. 50, et que les œdèmes s'étendaient aux membres inférieurs et à la face.

Pour l'ensemble de nos 8 observations, *le déclanchement du travail* ne fut malaisé qu'une seule fois (Obs. 2). Dans les autres cas, il dura en moyenne moins de 12 heures.

Le travail fut plus long ici que dans les formes hypertensives pures ou même que dans les formes avec œdèmes : dans 4 cas, il dépassa 12 heures.

Nous avons déjà relaté l'accident fatal survenu chez une de nos malades et auquel contribua, sans doute, la dystocie vaginale qu'elle présentait. Nous relevons encore chez une malade la persistance d'une albuminurie de 2 gr. 50 à la sortie (Obs. 4), et deux autres fois une poussée de pyélite dans les suites de couches (Obs. 3 et Obs. 8). A intervalle plus éloigné, nous avons appris que l'une de ces femmes est atteinte de néphrite chronique hyperazotémique (Obs. 8) et qu'une autre a présenté une albuminurie récidivante au cours d'une grossesse ultérieure (Observation 6).

Du point de vue fœtal, nous relevons la mort au cours du travail d'un enfant de 1850 gr. (Obs. 4) et celle, trois jours après sa naissance, d'un second enfant (obs. 6) qui succomba à une hémorragie méningée.

Parmi les enfants sortis vivants du service, le plus petit, qui pesait 2.100 gr. (Obs. 9) est mort à huit mois ; deux autres qui ont pu être retrouvés vont bien, respectivement à 3 ans et 19 mois (Obs. 7, Obs. 8).

Il ressort de nos observations, ainsi qu'il était logique de le prévoir, que l'indication de l'interruption de la gestation doit être posée plus tôt dans les formes complexes de néphropathies que dans les formes à symptômes solitaires.

L'association de l'hypertension aux œdèmes retentit sur la longueur du travail qui est plus considérable et sur le pronostic fœtal qui est moins bon.

Le critère de provocation est ici d'autant plus délicat à établir que le problème, se posant de façon plus précoce, le développement de l'enfant peut être à peine suffisant (Obs. 4, Obs. 9) lorsqu'on est amené à intervenir.

II. — *Syndromes complexes
avec signes de prééclampsie.*

Les signes de prééclampsie ont été magistralement décrits par Bar ; et nous ne ferons que citer les principaux d'entr'e eux dans l'ordre où les classe Bidoire.

Ce sont :

1° La céphalée, d'abord légère et fugitive, puis de plus en plus intense, persistante, ne subissant aucune amélioration sous l'influence des analgésiques, s'accompagnant d'insomnies, et se localisant surtout aux régions frontales et temporales.

2° Les troubles sensoriels, soit auditifs, soit oculaires. Ces derniers peuvent être constitués simplement par des mouches volantes, ou par une sensation légère de brouillard, ils peuvent, à un degré de plus, se traduire par une amaurose brutale et complète. Cette amaurose, qui s'accompagne d'une conservation du réflexe photomoteur ne présente pas de gravité par elle-même. Bien étudiée par Blum et Barbero, elle ne s'accompagne d'aucune lésion du fond d'œil. Son pronostic fonctionnel est très favorable. Paucot, qui en rapporte trois cas, écrit : « Nos observations confirment que cet accident impressionnant est en somme bénin et d'un pronostic très favorable, en ce qui concerne la conservation de la vision. » Il sera néanmoins prudent de ne pas hésiter lorsqu'elle apparaît, même de façon fugace, à déclancher l'accouchement, lorsque le fœtus est viable.

3° Les troubles digestifs, avec douleurs au creux épigastrique, puis nausée et vomissements. La classique

« barre épigastrique de Chaussier » reste en effet un des meilleurs signes précurseurs de l'éclampsie.

4° Les troubles respiratoires avec dyspnée « sine materia ».

5° Les troubles psychiques comprennent rarement de l'agitation, ils consistent beaucoup plus souvent dans de la somnolence et de la torpeur.

L'interprétation de ces symptômes ne prête pas à confusion ; annonceurs de l'éclampsie convulsive à plus ou moins brève échéance, ils posent l'indication formelle d'interrompre sans plus tarder la gestation.

« Il est, écrit Gerest, une série de faits devant lesquels l'hésitation n'est guère permise. Nous voulons parler de ceux que caractérise tout un ensemble de troubles associés : persistance d'un taux élevé d'albumine, d'oligurie, de céphalées et troubles sensoriels, d'une tension forte et croissante, de troubles digestifs : notre malade nous offre les prodromes de l'éclampsie et, pour peu que la diète hydrique et le choral tardent à les atténuer, la provocation de l'accouchement s'impose. »

Nous avons vu Bué accorder à ces signes la même importance essentielle, impliquant la même conduite.

L'opinion actuelle (malgré certaines tendances temporisatrices, comme celles de Gertrud Mugel) semble avoir été bien résumée par Wodon, qui réclame l'hospitalisation des malades présentant ce syndrome et écrit : « Après 5 ou 6 jours d'une cure sévère, ou la désintoxication devient évidente, l'albuminurie diminue, la diurèse est plus importante, les œdèmes se résorbent ; ou bien gastrique, puis nausées et vomissements. La classique

tion n'est guère influencée par le traitement, il est inutile de s'obstiner ; un régime aussi sévère ne peut être maintenu plus longtemps sans provoquer de l'acidose... Le plus avantageux dans cette circonstance est de suivre les conseils de l'Ecole anglaise, de faire de la prophylaxie active, de provoquer l'interruption de la grossesse... Après la cure de désintoxication que la malade vient de subir, elle supporte généralement très bien un accouchement prématuré provoqué : les chances d'avoir un enfant vivant sont plus grandes en le faisant naître ainsi au septième ou huitième mois qu'en le laissant subir plus ou moins longtemps l'intoxication éclamptique. »

Cet avis est également celui de Mac Neile qui, rapportant 799 cas de toxémie, précise les modalités du traitement médical de la prééclampsie et déclare que, si au bout de 4 à 7 jours il se révèle inefficace, on doit provoquer le travail.

Hauch, de son côté, se loue de la « prophylaxie active » qui lui a donné des résultats excellents depuis qu'il la pratique largement.

Nous ne relevons pour notre part qu'une fois l'apparition de symptômes de prééclampsie au cours de nos observations de néphropathies gravidiques (Obs. 5). Ces symptômes qui comportèrent, en particulier, des épistaxis quotidiennes ne se manifestèrent *qu'au cours du neuvième mois* mais évoluèrent très rapidement, l'albuminurie atteignant 7 grammes et la tension artérielle passant de 13/8 à 17/10 en une quinzaine de jours. Le déclanchement du travail ne fut provoqué qu'au voisinage du terme, on obtint un enfant de poids normal dont nous

n'avons pu avoir de nouvelles après sa sortie du service, les suites maternelles furent satisfaisantes.

La simple lecture de notre observation suffira à dissiper l'équivoque que pourrait créer l'étiquette sous laquelle nous l'avons rangée.

Il s'est agi de prééclampsie au sens littéral du mot et non d'une éclampsie confirmée. Nous tenons à le préciser car nos Maîtres lyonnais estiment en principe que cette dernière doit imposer une extrême réserve dans les manœuvres obstétricales. Il ne convient ici d'être actif qu'à titre prophylactique et les résultats qui ont été obtenus, en suivant cette règle ont été très heureux aussi bien dans l'observation ci-dessus que dans deux cas semblables étudiés avec les albuminuries récidivantes (Obs. 5 et 8).

Aussi, pour conc'ure, nous rallierons-nous à l'opinion de la grande majorité des auteurs qui considère les signes fonctionnels rangés sous le nom d'éclampsisme comme une indication particulièrement impérieuse de provoquer l'interruption de la grossesse, lorsqu'ils ne cèdent pas au traitement ou s'accroissent. S'ils n'ont qu'une régression très lente, il sera également bon d'intervenir dès que le développement du fœtus le permettra.

II. — Albuminuries gravidiques récidivantes

C'est à Vinay que l'on doit une des premières, et en tout cas une des meilleures descriptions du syndrome dit de l'« albuminurie gravidique récidivante ». Si très fréquemment l'albuminurie gravidique ordinaire guérit,

même lorsqu'elle s'est prolongée pendant plusieurs mois après l'accouchement, « il n'en est pas toujours ainsi, écrit-il, et la maladie peut être récidivante à chaque nouvelle gestation, dans leur intervalle la santé reste excellente, la sécrétion urinaire normale. » C'est là le « rein gravidique à répétition » qui constitue une forme intermédiaire entre la guérison définitive et le passage à l'état chronique. Particulièrement étudiée à Lyon par Fochier, l'albuminurie gravidique récidivante a fait, en 1901, l'objet de la thèse d'Esher.

Du point de vue qui nous intéresse, les antécédents sembleraient devoir fournir ici un élément pronostique précieux lorsque la question de l'interruption de la grossesse se posera. Or, Gerest fait remarquer que les albuminuries gravidiques à répétition n'ont pas toujours le même pronostic à plusieurs grossesses successives. Lepage va plus loin et estime qu'une albuminurie apparaissant pour la première fois chez une multipare est plus grave qu'une albuminurie récidivante.

Picaud relatant dans une thèse plus récente 42 observations d'albuminurie gravidique récidivante, insiste à son tour sur la difficulté de baser un pronostic sur la marche des grossesses antérieures et en donne des exemples :

— Certaines femmes ayant eu des enfants morts aux grossesses précédentes peuvent avoir spontanément des enfants vivants à l'issue d'une grossesse ultérieure.

— Certaines femmes ayant accouché d'enfants vivants à une grossesse antérieure peuvent avoir par la suite des mort-nés.

— L'albuminurie récidivante ne détermine pas de lésions fœtales au prorata de son taux et il existe des cas, Picaud en rapporte 6, où elle ne semble avoir d'influence ni sur la mère ni sur l'enfant.

En l'absence de signes de certitude le pronostic se basera sur les critères admis pour les albuminuries gravidiques ordinaires, en particulier la précocité et le taux de l'albuminurie, il tiendra compte de la date de disparition de l'albuminurie à la suite du précédent accouchement, il accordera moins de valeur à la nature des accidents observés antérieurement du point de vue maternel qu'à ceux concernant le fœtus. Si en effet il n'est pas de règle de voir se répéter des crises d'éclampsie à plusieurs grossesses successives (Picaud ne relate cette éventualité que dans 2 cas sur 12 observations d'éclampsie antérieure) il est un cas sur lequel Fochier et Esher ont insisté : *c'est la mort habituelle du fœtus* se reproduisant à peu près à la même époque au cours des grossesses successives avec une tendance toutefois à se rapprocher du terme. Il semble bien que le fait essentiel de la question qui nous intéresse soit cette *mort fœtale survenant avec une désespérante régularité, sans que souvent l'albuminurie apparue plus ou moins précocement, ait revêtu une allure grave* (nous tenons de M. Rhenter une observation toute récente et inédite de cet ordre dans laquelle l'enfant succomba sans que l'albuminurie, apparue trois semaines avant, ait jamais dépassé 0 gr. 50).

MM. Rhenter et Brochier ont, au Septième Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de Langue française

(Bordeaux 1931), apporté de nouvelles précisions sur les éléments qui permettent de porter le diagnostic de ce syndrome. Ils seraient les suivants :

1° L'albuminurie apparaît vers le cinquième mois et disparaît après l'accouchement, elle réapparaît inévitablement à chaque grossesse.

2° Jamais on ne rencontre d'albuminurie entre les grossesses et presque jamais on ne retrouve d'antécédents pathologiques susceptibles d'avoir créé une lésion rénale même minime.

3° L'albuminurie est plus souvent légère, elle persiste, malgré le régime et le traitement habituel et disparaît quelques jours après la mort fœtale.

4° La mort du fœtus est un accident à peu près constant.

5° Les recherches cliniques et sérologiques caractéristiques de la syphilis sont toujours négatives.

6° L'accouchement prématuré spontané, très fréquemment peut donner après 7 mois des enfants qui s'élèvent assez bien.

7° *Le fait que la mort fœtale se produit presque toujours à une époque invariable (vers le huitième mois parfois) conduit à pratiquer avant cette époque, et à condition que le fœtus soit viable, un accouchement prématuré provoqué qui a pu donner des succès.*

Dans les deux observations de mort habituelle du fœtus, que nous rapportons, cette dernière règle se trouve précisément appliquée. Toutes deux se présentent d'ail-

leurs comme de beaux succès à l'actif de l'accouchement prématuré provoqué (1).

Dans la première, les accidents observés au cours des deux premières grossesses avaient été plus importants que ceux habituellement rencontrés, la mort du fœtus in-utéro s'étant produite à grand bruit avec albuminurie massive et éclampsie. L'albuminurie observée au cours de la troisième grossesse que nous rapportons fut, malgré son apparition tardive au début du neuvième mois, d'évolution rapide et d'un taux important.

Dans la seconde, il s'agissait au contraire, d'une albuminurie intermittente, discrète, qui aurait été incapable d'attirer l'attention si la notion de mort habituelle des enfants précédents n'avait été connue.

Dans les deux cas, *le déclanchement du travail* pratiqué respectivement à 15 et à 8 jours du terme, fut rapide et *l'accouchement* lui-même facile.

Les deux enfants nés de ces accouchements se sont développés très normalement. Nous avons eu de leurs nouvelles tout récemment, l'un, une fille, âgée de 10 ans pèse 31 kilogs, l'autre, un garçon âgé de 8 ans, a été vu il y a peu de temps par M. Voron et présente une santé parfaite.

Il est à noter que ces deux enfants sont les seuls qu'aient pu avoir les 2 ménages auxquels ils appartiennent et on doit attacher à ce fait une importante toute particulière.

(1) Début des observations, page 49, obs. XXVII.

Tel est le syndrome de l'albuminurie gravidique récidivante avec mort habituelle du fœtus répondant, croyons-nous, à la conception de Fochier, de Vinay et de leurs élèves.

Mais en dehors de ce syndrome très spécial et très rare, on doit envisager les cas où sans que soit établie la notion de mort habituelle du fœtus, l'albuminurie a déjà été notée au cours des grossesses précédentes (1).

Comme le faisait remarquer Boissard, dès 1905, il est incontestable que souvent la première atteinte rénale gravidique a laissé des séquelles : « Une première atteinte au cours d'une grossesse laisse, écrivait-il, sinon une tare, du moins une tache, *une ombre*, pour les grossesses qui pourront ultérieurement survenir, sans qu'il soit possible de déterminer l'importance de cette ombre. »

a) *Lorsque les séquelles sont légères*, aucune albuminurie n'a persisté dans l'intervalle des gestations et les accidents qui apparaissent revêtent l'une des formes cliniques de néphropathies gravidiques. Les déductions thérapeutiques ne sont alors guère différentes de celles que nous avons envisagées lorsque nous avons étudié ces affections.

Les risques fœtaux semblent cependant plus grands (la thèse de Picaud rapporte 46 morts sur 111 enfants) et il sera bon d'être très large dans les indications d'intervention au cours du neuvième mois.

(1) Début des observations page 51, obs. XXIX.

Parmi les observations que nous avons rapportées répondant à cette éventualité :

— Trois se sont présentées comme des formes albumineuses simples de néphropathie gravidique :

Dans l'observation 2, l'albumine oscille au voisinage de 1 gr. près du terme.

Dans l'observation 3, elle est évaluée entre 1 et 2 gr. le fœtus étant arrivé à un degré de développement à peine suffisant (1.840 gr.) malgré la proximité du terme (17 jours).

Dans l'observation 4, l'albuminurie est très légère, mais elle persiste après le terme prévu.

— Trois autres ont réalisé un syndrome plus complexe :

Une fois assez bénin :

Il s'agit de l'observation 1, dans laquelle, en une dizaine de jours, la tension artérielle s'élève de 15,5/10 à 17,5/12,5 en même temps que l'albumine et l'urée sanguine se maintiennent respectivement à 1 gr. et 0,60. La grossesse est interrompue 18 jours avant terme.

Deux fois plus accentué, avec signes de prééclampsie :

Les deux fois des œdèmes *s'étaient installés précocement* à la fin du sixième mois (Obs. 5, Obs. 8).

Dans le premier cas (Obs. 5) l'albuminurie resta modérée jusqu'au début du neuvième mois grâce à un régime approprié, mais en moins de 10 jours, malgré l'hospitalisation, elle passa de 0 gr. 30 à 3 gr. en même temps que la tension artérielle minima restait stationnaire à

10. Les signes fonctionnels comportèrent à la fois des céphalées, et de petits troubles visuels. Le déclanchement du travail fut malaisé et il traîna en longueur pour se terminer au bout de 23 heures par l'accouchement de 2 jumeaux. La mère guérit rapidement (enceinte à nouveau l'année suivante, elle ne présenta pas d'albumine). Des deux jumeaux, l'un mourut à 2 mois, l'autre se développa normalement. Chez cette malade, on peut se demander si l'intervalle de 10 jours écoulé entre l'hospitalisation et l'interruption de la grossesse, n'aurait pu être raccourci devant l'augmentation progressive du taux de l'albumine et l'aggravation des signes fonctionnels (d'autant qu'on se trouvait au cours du neuvième mois de la gestation, l'accouchement ayant finalement eu lieu 2 semaines avant terme). Notons en passant que l'indicanémie était ici à un taux normal alors que le syndrome clinique et tensionnel ne laissait pas de doute sur l'évolution de la toxémie.

Dans le second cas (Obs. 8) le fœtus semblait extrêmement petit, malgré le voisinage du terme. En dépit des signes de prééclampsie qui coïncidaient avec un coefficient de Maillard normal, on attendit 10 jours avant de provoquer l'accouchement pour permettre à l'enfant de se développer un peu. Cette expectative étant d'ailleurs légitimée par le fait que la tension artérielle baissait, 24/17 à 15,5/11, et que l'albuminurie diminuait parallèlement de 7 gr. à 3 gr. 50. L'évolution donna raison à la conduite tenue puisque l'enfant pesant 1540 grammes à sa naissance se développa ultérieurement de façon satisfaisante.

b) *Lorsque les séquelles de la première atteinte gravidique* sont plus accentuées, l'albuminurie a pu persister soit de façon intermittente, soit de façon continue depuis la dernière grossesse.

Il ne s'agit plus alors d'une albuminurie récidivante à proprement parler : une véritable néphrite chronique a pu se constituer. Picaud insiste sur cette éventualité qui, en raison de ses dangers, fait à son avis poser « nettement » le problème de l'accouchement prématuré. il rappelle à ce propos les six observations publiées par Gibson dans lesquelles des néphrites chroniques avaient pu en imposer pour des albuminuries gravidiques récidivantes.

Une de nos observations (Obs. 6) concerne ainsi une malade dont l'albuminurie était passée à l'état chronique depuis une grossesse antérieure ; une autre (Obs. 7) rapporte l'histoire d'une femme chez laquelle une albuminurie existait à l'état intermittent dans l'intervalle des grossesses.

Aucune de ces deux malades n'a présenté d'accidents graves et leur symptomatologie a été celle de ces albuminuries chroniques installées de longue date, auxquelles l'organisme s'est habitué et que la grossesse n'aggrave pas beaucoup, comme nous le verrons dans un prochain chapitre.

Pour l'ensemble des résultats enregistrés dans nos observations d'albuminuries récidivantes sans mort habituelle du fœtus, rien de bien notable n'est à retenir de l'étude du déclenchement du travail ou du travail

lui-même. *Le déclanchement fut rapide et le travail court* (durant une seule fois plus de 10 heures), ce qu'explique en grande partie la multiparité des malades.

Du point de vue maternel, on doit noter encore qu'aucun accident d'ordre médical ou obstétrical n'a été à déplorer alors que dans trois observations (Obs. 3, Obs. 5, Obs. 7) on relève une crise d'éclampsie aux grossesses précédentes.

Du point de vue fœtal, sur neuf enfants qui tous vinrent au monde vivants, 3 n'ont pu être retrouvés, et des 6 autres, trois sont morts (Obs. 4, 5 et 6) à 6 mois, 2 mois et 28 mois. Pour le dernier, qui succomba à une broncho-pneumonie alors qu'il se portait très bien et pesait 16 kilogs, on peut admettre qu'il ne s'est agi que d'une mort accidentelle, pour le premier, la syphilis maternelle certaine est une explication suffisante.

L'étude de ces résultats ne nous permet de tirer aucune conclusion bien nette sur les indications d'intervenir que posent au cours des derniers mois les albuminuries gravidiques récidivantes non accompagnées du syndrome de mort habituelle du fœtus. Formes de transitions entre les néphropathies gravidiques et les néphrites chroniques il semble que la conduite à tenir se rapproche de celle que l'on tient dans les premières, avec, *en raison du préjugé défavorable qui doit planer sur elles du point de vue fœtal*, une tendance plus interventionniste cependant.

ALBUMINURIES OBSERVÉES CHEZ DES MALADES
AYANT PRÉSENTÉ UNE ATTEINTE RÉNALE
OU UNE HYPERTENSION
ANTÉRIEUREMENT A LA GROSSESSE (1)

A) Atteinte rénale antérieure.

L'opposition entre le pronostic des albuminuries gravidiques et des néphrites chroniques au cours de la grossesse, a été soulignée depuis fort longtemps. Dès 1840, Rayer écrit : « que la néphrite albumineuse des derniers mois est moins grave que celle qui a précédé la gestation, qui persiste pendant la gestation ou qui se déclare dès les premiers mois de la gestation. »

Blot dans sa thèse, Tarnier dans son *Traité d'accouchements*, distinguent nettement l'albuminurie gravidique et la néphrite albuminurique. Cette dernière est appelée à s'aggraver rapidement et à donner des symptômes d'urémie.

Vinay, énumérant avec précision tous les accidents possibles montre combien les derniers mois de la gestation constituent dans ces cas une période critique : « il est exceptionnel, dit-il, que la grossesse arrive à terme lorsque la néphrite est ancienne et qu'elle a produit des

(1) Début des observations page 64, observation XXXVII.

troubles circulatoires accentués, les enfants succombent pendant la vie intra-utérine beaucoup plus fréquemment que dans l'albuminurie gravidique simple et, quand ils naissent à terme, ils sont faibles, malingres et leur poids est inférieur à la normale. »

Les accidents sont infiniment plus graves que ceux de l'albuminurie gravidique : c'est pour cela que Vinay, après avoir édicté un peu plus loin les conditions sévères auxquelles seront seulement pratiquées les interruptions de la grossesse, ajoute : « Les accidents de cette sorte sont, j'en conviens, très rarement observés dans l'albuminurie gravidique vraie, ils n'apparaissent guère que chez les femmes atteintes, déjà avant la grossesse, de maladie de Bright. ». C'est là une des rares opinions exprimées sur la provocation de l'accouchement dans les néphrites chroniques au début de ce siècle et il faut arriver à la thèse de J. J. Mathieu et de Madame Grand, 20 et 30 ans plus tard, pour trouver une étude des néphrites chroniques au cours de la gestation, qui tienne compte des précisions dont Vidal et ses élèves ont fait bénéficier ce syndrome.

L'éventualité d'une grossesse survenue chez une femme connue et classée comme présentant une néphrite chronique est d'ailleurs assez rare. Plus rare encore, lorsque la néphrite est sévère, est le fait pour cette grossesse d'évoluer suffisamment longtemps pour atteindre les derniers mois sans accidents paroxystiques ou sans avortement.

Lorsqu'elle arrive, dans de telles conditions, au stade de viabilité fœtale, le problème de son interruption se pose d'ailleurs d'une façon toute spéciale. Si, au cours

des premiers mois, il est logique d'envisager cette interruption pour éviter la surélévation tensionnelle définitive ou l'aggravation rénale à peu près certaine qui résulteront de la grossesse dans un avenir éloigné, il n'en est plus de même à un stade avancé. Une femme atteinte de néphrite chronique, à qui on laisse faire les frais de six à sept mois de gestation, ne sera pas améliorée à longue échéance par la suppression de quelques semaines d'intoxication et ceci explique la conduite tenue par M. Couvelaire, laissant une néphrite hypérazotémique aller à terme, malgré une urée sanguine de 1 gr. 50, et obtenant ainsi un enfant vivant chez une femme qui mourra de toutes façons quelques mois plus tard.

Deux choses décident ici de la conduite à tenir : la possibilité d'accidents paroxystiques, la vie du fœtus.

Les accidents paroxystiques sont possibles au cours de la néphrite chronique, Vinay déjà insistait sur le fait que l'on peut voir apparaître l'éclampsie dans cette affection ; on sait également qu'à un stade avancé d'évolution, les néphrites chroniques pourront donner des accidents d'urémie et des hémorragies viscérales au premier plan desquelles il faut placer celles qui atteignent l'œil.

Le pronostic fœtal partage la gravité de l'état maternel et varie avec lui suivant les différentes formes cliniques.

1. — LE PREMIER DES TESTS DE GRAVITÉ SUR LEQUEL ON POURRA SE BASER SERA L'ÉVOLUTION DE LA SYMPTOMATOLOGIE DE LA NÉPHRITE CHRONIQUE AVANT LA GROSSESSE ET SA DATE D'APPARITION.

a) *La préexistence à la grossesse d'une albuminurie chronique sans signes fonctionnels est assez fréquente.*

Dans ces cas, pour peu que la lésion soit ancienne, l'organisme semble avoir eu le temps de s'adapter à ses lésions, de « s'y habituer » comme dit Bidoire, et la gravidité est souvent bien supportée. Les symptômes sont réduits à une augmentation du taux de l'albuminurie, la tension artérielle reste ce qu'elle était, aucun signe d'évolutivité ne se manifeste. Dans un but de sauvegarde fœtale, sans que l'indication soit majeure, on sera parfois amené ici à provoquer l'accouchement à une date suffisamment tardive pour que le développement de l'enfant soit satisfaisant. Nous avons rapporté deux observations de cet ordre.

La première (Obs. 1) est celle d'une primigeste dont l'albuminurie datait de l'adolescence où elle s'était installée à l'âge de 15 ans, à la suite d'une scarlatine. Elle ne s'est accompagnée d'aucun signe grave au cours de la gestation et ne s'est compliquée ni d'hypertension, ni d'oligurie. Son tableau clinique fut très voisin de celui d'une albuminurie gravidique simple. Néanmoins, à une semaine du terme, devant sa persistance au taux de 1 gr. ‰, on déclancha le travail qui se termina en une dizaine d'heures par l'expulsion d'une fille de 3270 gr. dont le développement semblait normal à la sortie du service, et dont nous n'avons pu avoir de nouvelles.

La seconde (Obs. 8) dont la rédaction n'est malheureusement pas très complète, est celle d'une malade atteinte de néphrite chronique dont la dernière grossesse avait été interrompue par un avortement spontané à 5 mois. Hospitalisée à un mois du terme, dès la première consultation prénatale à laquelle elle se présenta, ses urines contenaient un disque d'albumine si volumineux que l'accouchement fut pratiqué immédiatement. Il fut très rapide et l'enfant, malgré une prématuration qui semble douteuse, lorsque l'on considère son poids (4 kgr.) se porte tout à fait bien à 3 ans.

b) *L'étude des antécédents est encore précieuse dans bien des cas où une atteinte rénale, généralement au cours d'une maladie infectieuse, est relevée à une période plus ou moins ancienne, même lorsqu'une albuminurie chronique n'en est pas résultée.*

L'expérience prouve que bien souvent une tare rénale a subsisté et ne permet pas à l'appareil excréteur de fournir sans défaillance l'effort supplémentaire que réclame la grossesse. Pour peu que l'atteinte ait été récente, et nous en avons observé plusieurs exemples, ces femmes se comporteront comme se seraient comportées les plus authentiques des néphrites chroniques, dans le cadre desquelles elles évolueront par la suite.

Sur sept observations dans lesquelles nous avons relevé ainsi une albuminurie transitoire avant la gestation et où le déclenchement du travail fut nécessaire, six ont gardé une néphrite chronique et nous n'avons pu obtenir de renseignements précis sur la septième (Obs. 7).

Une seule d'entre elles (Obs. 6) ne présenta que des

accidents bénins l'apparentant aux albuminuries chroniques anciennes sans signe d'évolutivité.

c) Malheureusement l'interrogatoire n'est pas toujours capable de mettre en lumière l'épisode morbide initial.

Lorsqu'une albuminurie apparaît très précocement, lorsqu'elle s'accompagne d'une élévation du taux de l'urée sanguine et de la tension artérielle, il convient de *présumer* que le rein n'était pas normal avant la grossesse et les tests d'imperméabilité rénale le confirmeront. Parmi ces tests citons la très ancienne épreuve française de la densimétrie sur laquelle Castaigne et Chaumériac ont insisté récemment encore. Chesley et la plupart des auteurs américains la préfèrent à tout autre procédé (qu'il s'agisse des épreuves colorimétriques ou des épreuves de dilution).

Là encore, il convient d'accorder la même valeur aux symptômes relevés que s'ils étaient certainement le fait d'une néphrite chronique. Deux de nos observations le prouvent :

La première (Obs. 2) concerne une primigeste dont l'albuminurie était apparue très précocement et dont le taux d'urée sanguine atteignait 1 gr. avec une constante d'Ambard de 0,29. Elle présentait une anémie comme on en rencontre très fréquemment dans les néphrites chroniques et la numération globulaire descendit jusqu'à un taux de 2.179.000 globules rouges.

L'évolution après l'accouchement d'une néphrite chronique hyperazotémique typique chez cette femme est un fait de plus en faveur d'une atteinte rénale antérieure.

Dans la seconde (Obs. 4) une scarlatine est notée au cours de l'enfance et là encore l'albuminurie apparue très précocement s'accompagne d'une azotémie qui serait anormale pour une simple albuminurie gravidique. Là encore également, onze jours après l'accouchement, on note la persistance d'une albuminurie très importante à 1 gr. 50 %.

II. — LE DEUXIEME DES TESTS DE GRAVITÉ EST LE COMPORTEMENT DE LA NÉPHRITE CHRONIQUE, QUELS QUE SOIENT SES SYMPTÔMES, SOUS L'INFLUENCE DES SIX PREMIERS MOIS DE LA GESTATION. IL CONSTITUE LE MEILLEUR DES TESTS FONCTIONNELS.

a) *Dans certains cas, et Mathieu et M^{me} Grand leur consacrent un chapitre de leur thèse, aucune aggravation ne se manifeste, chacun des symptômes reste à son étiage habituel. Il est bien évident que dans ces cas il ne saurait être question d'intervenir sauf peut-être tardivement dans la crainte d'accidents fœtaux.*

b) *D'autres fois l'aggravation ne porte que sur le taux de l'albuminurie, c'est ce que nous avons observé dans trois observations que nous avons déjà rapportées au sujet de leurs antécédents (Obs. 1, 6 et 8).*

c) *Aux formes non aggravées ou peu aggravées par la gestation s'oppose le grand nombre de celles où l'évolution aura été au contraire profondément modifiée.*

Ici, les malades auront présenté de petits signes de défaillance cardiaque, l'albuminurie aura augmenté ré-

gulièrement, les tests d'imperméabilité rénale auront montré l'évolution progressive de la néphrite et des accidents nouveaux seront à redouter. La prudence commandera, a priori, d'interrompre la gestation dès que la viabilité présumée du fœtus le permettra.

Il conviendra toutefois de préciser l'état fonctionnel du rein par les recherches de laboratoire classiques en cette occurrence.

L'étude de *la rétention uréique* a une grande valeur. Sans doute l'hyperazotémie peut-elle, dans certains cas, n'être que le résultat d'une poussée transitoire sans grosse importance (Cleisz et Laudat), elle n'en reste pas moins en principe un bon élément de pronostic, surtout si l'on prend soin d'en préciser l'origine par la recherche de la réserve alcaline et de la rétention chlorée (Hofstein).

La réaction xantho-protéique, l'augmentation du taux de l'acide urique, puis de l'indican (réaction de Jolles), le taux de l'azote résiduel dans le sang, pourront également ici donner des renseignements précieux quoique tardifs.

Ces examens, complétant l'étude de la tension artérielle et de la rétention hydrique, permettent d'apprécier le fonctionnement rénal et de classer les malades dans le cadre d'un certain nombre de formes cliniques comportant un pronostic spécial surtout du point de vue fœtal.

1) *Dans les formes hydropigènes*, le pronostic fœtal est assez bon ; il n'en est pas moins prudent de déclencher l'accouchement dès que le fœtus est viable.

Des accidents prééclamptiques peuvent d'ailleurs imposer cette conduite. Nous en relevons l'existence chez une malade (Obs. 4) dont nous avons cru légitime, malgré l'absence d'antécédents précis, de classer l'observation parmi celles ayant comporté une atteinte rénale antérieure en raison de la précocité d'installation de son albuminurie. Elle n'eût jamais d'hypertension mais son hospitalisation fut nécessitée par des accidents prééclamptiques avec amaurose fugace à la fin du huitième mois. Sous l'influence du repos et du régime, on assista à une amélioration des symptômes généraux ; mais l'albuminurie restant stationnaire pendant plus de trois semaines, on se décida à interrompre la grossesse 11 jours avant le terme. L'accouchement dura moins de cinq heures et se termina par la naissance d'un enfant qui, actuellement âgé de 6 ans, se porte bien et pèse 22 kg. 600. La mère, par contre, présente une néphrite chronique avec albuminurie de plusieurs grammes et hyperazotémie ayant atteint 1 gr. 90 ‰.

2) *Les formes hyperazotémiques*, malgré la très belle observation de Couvelaire à laquelle nous avons déjà fait allusion, peuvent devenir une raison d'interrompre la gestation au cours de ses derniers mois.

Nous trouvons deux exemples de cette interruption dans la thèse de Madame Grand : pratiquée très précocement dans les deux cas elle le fut uniquement dans un but de sauvegarde maternelle, l'azotémie étant de 1,31 ‰ et coïncidant avec une rétinite dans la première, et atteignant 1,75 ‰ dans la seconde.

Nous avons rapporté un cas semblable.

Il s'agit là encore de l'une des observations (Obs. 2) citée plus haut comme ayant été à peu près certainement précédée, malgré le silence des antécédents, d'une atteinte rénale antérieure à la gestation.

L'albuminurie fut constatée dès le sixième mois. Au cours du huitième mois, l'urée sanguine atteignait 1 gr. 06 ‰ et la numération globulaire montrait l'existence de 2.800.000 globules rouges seulement. Après trois semaines d'hospitalisation, le taux de l'urée diminuait un peu, mais la constante d'Ambard s'élevait à 0,29, l'anémie semblait proche avec 2.119.000 globules rouges et l'albuminurie atteignait 2 gr. On provoqua le travail 25 jours avant terme : long à se déclancher, il se prolongea 16 heures.

L'enfant, qui pesait 2.350 gr. mourut au cours de la troisième semaine.

La mère présenta par la suite des signes de néphrite chronique hyperazotémique. Hospitalisée trois ans plus tard dans un service de Médecine, son albuminurie atteignait 2 gr. 40 ‰ et son azotémie 1 gr. 20 ‰.

3) *Les formes hypertensives : Tous les auteurs sont d'accord pour déclarer que l'aggravation de la néphrite chronique au cours de la grossesse dans le sens hypertensif est la plus redoutable.*

Mathieu assigne à cette forme un pronostic fatal désastreux et écrit : « L'avortement est fréquent. L'accouchement est souvent prématuré. L'enfant, dans une proportion à peu près égale, succombe in utero ou bien naît faible, de poids très inférieur à la normale, avec des chances de survie très diminuées. »

Du point de vue maternel, tout ce que nous avons dit de l'hypertension dans un chapitre précédent, peut s'appliquer ici.

On verra beaucoup plus fréquemment coexister les signes cardiaques avec bruit de galop, souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle et éventuellement augmentation de volume des cavités gauches dans les néphrites chroniques que dans les néphropathies gravidiques hypertensives.

Si, au cours des mois qui ont précédé la date de viabilité du fœtus, on a découvert des symptômes d'insuffisance cardiaque, si la malade a présenté des petits accidents de dyspnée suspecte, le mieux sera d'interrompre la grossesse dès que l'enfant semble avoir atteint un développement suffisant.

Il arrive même qu'on soit obligé d'intervenir, sa viabilité étant encore problématique, lorsque des accidents paroxystiques surviennent. Au premier plan de ces accidents se place la *rétinite*. Mathieu précise que la rétinite, est, à son avis, la seule indication formelle d'interrompre la grossesse au cours des néphrites chroniques. Elle constitue, comme dans les albuminuries gravidiques, un test sûr et précieux, son pronostic est d'ailleurs ici plus aléatoire du point de vue visuel car, si elle a encore l'habitude de régresser après l'accouchement, cette régression ne sera parfois qu'incomplète ou transitoire.

Madame Grand admet *au même titre que la rétinite, les accidents de défaillance cardiaque au nombre des accidents susceptibles de justifier l'interruption de la grossesse* : Parmi les observations de formes hyperten-

sives qu'elle rapporte, nous notons : trois césariennes abdominales pratiquées respectivement à 6 mois, 7 mois et demi et à terme ; un accouchement provoqué par ballon de Champetier à 8 mois et demi, et une césarienne vaginale à 6 mois. Les suites, du point de vue maternel, ne bénéficièrent — en dehors de trois cas aggravés — que de rémissions passagères de la néphrite ; du point de vue fœtal, deux enfants seulement furent sauvés, l'un de 2.000 grammes et l'autre de 2.670 grammes.

Deux des observations que nous rapportons ont comporté des indications d'intervenir semblables à celles admises par Madame Grand.

— La première de ces malades (Obs. 5) fit des *signes de défaillance cardiaque*. Cette femme, avait présenté une albuminurie au cours d'une rougeole deux ans avant sa grossesse. Les premiers accidents débutèrent au septième mois par une crise brutale de dyspnée nocturne. L'albuminurie constatée à cette occasion devint rapidement massive passant bientôt à 3 puis à 6 gr. tandis que la tension artérielle, élevée d'emblée, atteignait 20/11,5, puis 21/12, s'accompagnant d'un bruit de galop assez net et d'un souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle. Le travail fut déclenché deux mois avant terme, il traîna en longueur et fut terminé par une application de forceps qui permit l'extraction d'un enfant de 1.790 gr. Cet enfant, après s'être bien développé au cours des premières semaines, mourut ultérieurement. La mère présenta après l'accouchement une néphrite hypertensive et hyperazotémique qui ne cessa d'évoluer depuis, l'amenant à un état d'oligurie tel qu'une double décap-

sulation rénale nécessaire six ans plus tard n'empêcha pas l'évolution fatale.

— Chez la seconde; (Obs. 3) ce furent des *accidents oculaires* qui dominèrent la scène. Cette malade qui avait eu une atteinte rénale 4 ans avant sa grossesse, présenta dès le cinquième mois une albuminurie importante, de la céphalée et des œdèmes. Au début du huitième mois, l'albuminurie augmentait considérablement, atteignant 12 gr. et la tension artérielle ascensionnait à 21/12 avec tension moyenne de 18,5. Ces phénomènes s'accompagnèrent de troubles visuels et l'examen du fond d'œil décela des hémorragies rétiniennees au niveau de l'œil gauche. Cette découverte entraîna la décision d'interrompre la grossesse malgré le très faible développement du fœtus. A 53 jours du terme, un accouchement un peu long permit, 26 heures après sa provocation, d'obtenir un enfant minuscule de 1.240 gr. qui, heureusement, se développa mieux qu'on ne l'espérait, pesant 1.430 grammes au seizième jour et se portant bien par la suite. Du point de vue maternel, l'évolution fut par contre déplorable, la vision de l'œil gauche resta abolie après l'accouchement et une néphrite hypertensive s'installa, le taux tensionnel atteignant 25/14,5 cinq ans après.

Il est remarquable de constater que dans ces deux observations où les accidents furent très graves, l'atteinte rénale *était d'origine récente* (4 ans et 2 ans avant la grossesse).

Dans deux autres observations de forme hypertensive où l'indication d'intervenir fut basée sur des signes

moins graves, les accidents rénaux initiaux dataient au contraire de *l'enfance*.

— La première (Obs. 7) relate l'histoire d'une multipare dont les deux grossesses précédentes s'étaient déjà accompagnées d'albuminurie. L'affection a revêtu la forme d'une albuminurie gravidique récidivante de type mixte dont elle n'était séparée que par l'existence d'une néphrite scarlatineuse dans l'enfance. La tension artérielle atteignant 16,5/10,5 avec une albuminurie de 2 gr. et des œdèmes assez importants après douze jours de régime, le travail fut déclanché, le terme étant dépassé.

Il persistait une légère albuminurie à la sortie. A l'âge de quatre ans, l'enfant allait bien.

— La deuxième (Obs. 10) concerne une femme qui avait eu une atteinte rénale au cours de son enfance. Des œdèmes diffus accompagnant une albuminurie massive s'étaient installés chez elle à la fin du huitième mois avec une hypertension artérielle de 16/10. Hospitalisée, la malade ne s'améliora pas ; son albuminurie dépassant 5 gr. on décida de provoquer l'accouchement 3 semaines avant terme. Au cours du travail qui se prolongea 21 heures, l'enfant mourut malgré un développement pondéral suffisant (2.880 grammes).

Les suites maternelles furent marquées par la persistance, pendant un mois, d'une très grosse albuminurie.

On découvrit en outre, peu de temps après l'accouchement, de petites hémorragies et de petits exsudats papillaires à l'examen du fond d'œil. Quatre mois après l'accouchement, l'albuminurie persistait.

B) Hypertension antérieure.

Assez proche de l'évolution des néphrites chroniques hypertensives au cours de la grossesse, se trouve celle des *hypertensions dites solitaires existant avant elle*. Dans ces cas, d'ailleurs très rares, on assiste au cours des premiers mois à l'élévation progressive du taux de la tension artérielle, sans que l'examen des urines accuse la présence de la moindre albuminurie ; puis, à une date plus ou moins rapprochée du terme, l'albuminurie apparaît et évolue rapidement.

Nous avons publié avec MM. Trillat et Moindrot l'observation d'une malade de cet ordre. Suivie de très près médicalement, sa tension artérielle qui était à 18,5/11,5 au début de la grossesse, s'éleva progressivement jusqu'à 25/14,5 au cinquième mois avant qu'une albuminurie légère (0,15) n'apparut. Le pronostic semblait si grave qu'un avortement thérapeutique fut pratiqué à cinq mois et demi.

Plus récemment, dans le service de M. Voron, nous avons eu l'occasion d'observer une femme dont la tension était habituellement aux environs de 18 de maxima et qui, jusqu'au septième mois, régulièrement suivie aux consultations, ne présentait pas d'albumine. Au début du huitième mois, alors que la tension maxima était aux environs de 22, l'albuminurie fit son apparition, augmentant rapidement en même temps que le taux tensionnel. Au début du neuvième mois, cette malade présentait à la fois une albuminurie de 1 gr. 50 et une tension

artérielle de 30,5/16, avec un indice oscillométrique de 7. Quarante-huit heures après son entrée à l'hôpital, on découvrait l'existence d'une rétinite. Au bout d'une dizaine de jours le taux de l'acide urique était exagéré dans le sang, l'albuminurie restait élevée à 1 gr. 10 et la tension artérielle demeurait à 27/14,5, niveau qu'elle avait atteint sous l'influence du repos. Trois semaines environ avant terme, le travail fut facilement déclenché par l'injection fractionnée de 15 unités d'extrait post-hypophysaire dépourvu de principe hypertenseur et on put extraire, après dilatation digitale et petite incision du col (il s'agissait d'une primipare de 42 ans) un enfant vivant de 2.100 gr. par une application facile de forceps. Le surlendemain de l'accouchement, la tension artérielle tomba à 20/11 et l'albumine à 0,30, les suites immédiates furent excellentes.

Nous n'avons pas rapporté l'histoire de ces deux malades parmi nos observations puisque l'une concernait un avortement thérapeutique et l'autre une malade vue après le 1^{er} janvier 1938, date à laquelle nous avons arrêté notre statistique.

La seule observation (Obs. 9) que nous publions ne comporte pas la preuve de l'absence d'une albuminurie antérieure, qui fait toute l'originalité du syndrome.

Elle concerne en effet une femme dont l'hypertension était connue depuis quatre ans (c'est-à-dire avant une dernière grossesse qui s'était terminée par l'accouchement d'un mort-né alors que les sept premiers enfants étaient vivants) mais dont les urines n'avaient pas été examinées, du moins à notre connaissance.

A partir du septième mois de sa neuvième grossesse, elle présenta des accidents importants : en même temps que la tension artérielle maxima passait de 18 à 25, une albuminurie importante et, chose rare en l'espèce, des œdèmes s'installaient. Au début du huitième mois, la malade se fit hospitaliser et du jour de l'hospitalisation au lendemain, la tension artérielle se décapita légèrement passant de 22/14,5 à 19,5/13,5 ; la diurèse tomba parallèlement de 600 gr. à 300 gr. ; l'urée sanguine étant au voisinage de 1 gr. et l'albuminurie de 4,50 %.

L'indication d'interrompre la grossesse, rendue déjà formelle par ces accidents, trouva sa confirmation dans l'existence d'une *rétinite bi-latérale*. Malgré le faible poids de l'enfant, on se résigna à intervenir aussitôt. Cette conduite permit de faire cesser rapidement les accidents après l'expulsion d'un fœtus de 1200 grammes, mort au cours du travail.

En l'absence d'expérience plus importante que celle des trois observations dont nous venons de retracer les grandes lignes, nous pensons que la conduite à tenir ici est peu différente de celle que l'on tiendrait pour une néphrite chronique présentant les mêmes symptômes.

PYÉLITES ET PYÉLONÉPHRITES (1)

Les indications de l'interruption de la gestation paraissent assez exceptionnelles mais indiscutables dans les cas de pyélites et de pyélonéphrites.

Nous avons vu comment Pinard, en 1902, les comprend parmi les indications médicales de l'interruption de la grossesse ; il cite même à leur propos l'observation d'une malade qu'il soigna avec Lepage et chez laquelle il fut amené à réaliser cette indication. Un peu plus tard, en 1909, Brindeau publiant l'observation d'un accouchement provoqué pour la même raison déclare : « que dans certains cas rares, les pyélonéphrites ne cédant pas au traitement médical, il est indiqué de pratiquer l'accouchement prématuré provoqué lorsque l'enfant est arrivé dans le neuvième mois de la gestation. » Avec le développement de la thérapeutique urologique le problème devient plus complexe et en 1920 Couvelaire, classant les méthodes de traitement des pyélonéphrites chez les femmes enceintes en deux groupes, range l'interruption de la grossesse dans le groupe des méthodes indirectes, alors que les méthodes directes comprennent la distension vésicale, le cathétérisme des uretères et la néphrotomie. L'accouchement provoqué

(1) Début des observations : Pyélites, page 81 : obs. XLVII ; Pyélonéphrites, page 85 : obs. L.

ne serait pour lui de mise que dans les formes fébriles prolongées. Encore doit-on ici distinguer deux cas :

— Si le rein est gros, il s'agit probablement d'une pyonéphrose sur laquelle on doit agir directement, l'accouchement provoqué serait irrationnel et sans effet.

— Si le rein n'est pas gros, seuls l'échec ou l'impossibilité des manœuvres endoscopiques deviennent une indication de l'accouchement prématuré provoqué.

Les cas graves de pyélites de la gestation, si exceptionnels qu'ils soient, restent également pour Rosinski une indication majeure de la provocation de l'accouchement qui, à son avis, donne alors, quel que soit le microbe en cause, des résultats bien meilleurs que toute autre méthode, méthodes urologiques comprises.

En 1923, Yovanovitch admet l'éventualité de l'interruption de la gestation dans sa thèse, mais à la condition de n'intervenir qu'au voisinage du terme.

A peu près à cette époque, Fruhinsholz et André remarquent le caractère très spécial de certaines pyélites gravidiques et intitulent une communication à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Nancy : « Sur un cas atypique de pyélite gravidique, à forme urémique, avec azotémie et cachexie prédominantes, avortement provoqué ». Il s'agissait d'une femme non améliorée par le cathétérisme des uretères dont l'urée sanguine atteignait 2 gr. et qui fut rapidement guérie par l'expulsion provoquée d'un fœtus de 1.000 grammes.

En 1924, Reeb, à l'occasion d'une publication de Riotte, rapporte l'observation un peu semblable d'une

malade qui, à l'occasion d'une pyélite apparue très précocement, présenta des vomissements, un amaigrissement et une telle atteinte de l'état général que l'accouchement provoqué seul fut efficace.

Metzger, prenant la même année la parole à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, après une communication de Le Lorier qui venait de faire l'éloge de la distension vésicale et avait dit qu'elle rétrécissait : « le champ de cette intervention de désespoir que représente l'accouchement prématuré provoqué », rapporte un cas d'échec de la méthode de Pasteau où l'accouchement provoqué fut nécessaire. Il déclare que si, dans l'immense majorité des cas, la pyélonéphrite est une maladie bénigne, il n'est pas inutile qu'on sache : « que l'on peut être, en désespoir de cause, amené à vider l'utérus, et qu'il n'est pas prudent de s'attarder aux moyens préconisés habituellement ».

Audebert et Gay, à propos d'une pyélonéphrite guérie après l'accouchement, pensent qu'on doit voir dans les cas semblables : « une preuve de plus de l'efficacité de la provocation de l'accouchement dans certaines formes rebelles de pyélonéphrites gravidiques ». Grosse et Pasquereau interprètent un fait analogue d'une manière exactement opposée, en déclarant que l'accouchement prématuré provoqué est funeste pour l'enfant et non sans danger pour la mère. L'intérêt de l'enfant est également envisagé par Shockaert qui rapporte à la Société Belge de Gynécologie et d'Obstétrique, deux observations d'accouchement provoqué pour pyélonéphrite gravidique et déclare que si les enfants n'avaient pas été viables, il aurait envisagé une néphrotomie.

Bué, dans son rapport au Congrès de Lyon, écrit que l'on s'est parfois trouvé au cours des pyélites : « dans l'obligation d'interrompre la grossesse pour lutter contre des accidents graves d'infection et d'intoxication dans les cas de bi-latérité des lésions. Le symptôme prédominant se trouve être alors une notable diminution dans la quantité des urines, avec un état général grave. Si la grossesse est assez avancée, on est amené à intervenir dans l'intérêt de la mère et de l'enfant dont l'existence se trouve menacée au même titre. »

Jusqu'au Congrès de Lyon, il semble que ce soient les accidents rénaux et les signes d'infection qui aient surtout attiré l'attention des accoucheurs au cours des pyélonéphrites et c'est en 1928 que Fruhinsholz individualise dans la thèse de Sharf les *formes gravidotoxiques* de la pyélonéphrite dont il avait esquissé le tableau clinique dès 1923 avec André, dans une communication que nous avons citée plus haut.

Pour lui, la pyélite gravidique est plus qu'une inflammation banale du bassin et des voies excrétrices ; le parenchyme rénal et le parenchyme hépatique, surchargés fonctionnellement par la grossesse, peuvent être atteints à leur tour par le colibacille. La déficience du « couple hépato-rénal » est à l'origine des accidents gravido-toxiques. *Leurs symptômes ressemblent étrangement à ceux que l'on rencontre au cours des vomissements incoercibles de la grossesse* et les accidents infectieux cèdent ici le pas aux accidents toxiques.

Le traitement doit être obstétrical dans les formes graves : « car ces formes peuvent évoluer de telle façon,

qu'à un moment donné et à un moment décisif, elles en sont arrivées au point que l'intoxication gravidique est devenue leur dominante par le blocage fonctionnel du rein seul ou du couple hépato-rénal. L'interruption de la gestation, en levant la surcharge fonctionnelle qui inhibe de tout son poids le couple hépato-rénal, rétablit la situation à la seule condition d'être instituée en temps utile. »

La grande difficulté, ici comme dans tous les cas d'interruption de la grossesse, est de savoir saisir et poser le critère de provocation. On peut distinguer :

1° Des formes spécialement rénales dans lesquelles après avoir éliminé un abcès du rein, on doit attacher une importance particulière à l'anémie, à l'oligurie et à l'azotémie.

2° Une forme hépato-rénale où le problème est encore plus délicat : l'ictère et la décoloration des selles ne sont pas des signes suffisants pour interrompre la grossesse; on se basera plutôt sur la tachycardie, l'oligurie, l'hyperazotémie, et on se rappellera qu'il vaut mieux intervenir trop tôt que trop tard, en raison de la fragilité dont fait preuve, au cours du travail, l'organisme des femmes atteintes d'insuffisance hépatique.

A la suite des travaux de Fruhinsholz, la question de l'interruption de la grossesse s'éclaire d'un jour nouveau, dans les pyélonéphrites gravidiques. Les titres de différentes publications qui paraissent à dater de ce moment montrent à eux seuls combien le syndrome toxique est important dans les formes où l'interruption de la grossesse est nécessaire.

En même temps que s'opère l'individualisation de la nouvelle forme clinique, se précisent les indications et la fréquence de l'interruption thérapeutique de la grossesse, dans les pyélonéphrites.

Held, envisageant le pronostic fœtal, et citant à l'appui de son opinion celle de Brindeau et de Naujoks, estime que le tiers des enfants dans les pyélites graves, est composé de prématurés dont près de 40 % meurent à la naissance ou peu après et déclare : « en résumé, avant le terme de la grossesse, la vie fœtale est à considérer comme sérieusement compromise dans les cas de pyélites graves ; la vie maternelle décidera presque exclusivement de la ligne de conduite. » Or, et les travaux de Soza, Klein, Naujoks, Stoeckel et Wagner, le prouvent, les thérapeutiques urologiques échouent encore souvent. On doit donc interrompre la grossesse suffisamment tôt pour ne pas arriver à un moment où la septicémie et l'urémie ne sont plus curables. A ce propos, Held rapporte un exemple d'accouchement qui, provoqué trop tard ne permit de sauver ni la mère ni l'enfant.

Mikulicz Radecki étudiant à son tour l'interruption de la grossesse pour pyélites et pyélonéphrites *note que cette intervention ne devient nécessaire que dans une proportion de 1 à 3 % de l'ensemble des pyélonéphrites.* Il admet comme conditions d'intervention la bilatéralité des lésions, l'atteinte du parenchyme rénal et l'échec des moyens urologiques ordinaires. Les 3 observations qu'il verse à l'appui de son opinion comportent toutes trois :

1° Des douleurs intenses avec température élevée, frissons et pouls rapide ;

2° des signes d'intoxication avec vomissements, ictère et chute de poids ;

3° une albuminurie importante avec cylindrurie.

La rareté des indications de l'interruption de la gestation dans les pyélonéphrites gravidiques se trouve confirmée à peu près à la même époque par M. Trillat qui exposant le résultat de l'auto-vaccinothérapie au cours des pyélonéphrites écrit qu'il n'a jamais été obligé d'envisager l'interruption de la grossesse. M. Rhenter, au cours de plusieurs discussions, a toujours insisté sur cette même rareté, et dans sa thèse, Lepage n'a pu réunir que 27 observations de pyélonéphrite gravidotoxique.

Il peut d'ailleurs arriver que l'interruption de la grossesse soit spontanée. C'est ce qu'a observé M. Rhenter, dans deux observations de sa clientèle privée, et M. Lévy Solal a eu l'occasion de constater semblables faits à deux reprises, une fois avec MM. Walter Laudal et Lauret, et une autre fois avec MM. Sureau et Lauret. « Le traitement urologique, déclare-t-il, en commentant ses observations, ne suffit pas toujours à supprimer les accidents, l'accouchement prématuré spontané nous paraît être une éventualité assez fréquente en pareil cas, puisque nous l'avons observé dans trois cas semblables ». Cela ne veut pas dire que l'on doive compter toujours sur pareille éventualité, et M. Lévy Solal ajoute : « Cette évolution doit nous dicter, semble-t-il, la con-

duite à tenir dans les cas où il y a la fois échec du traitement médical par rechloruration avec persistance d'un taux d'azotémie importante ».

De l'ensemble des opinions que nous venons de passer en revue, il semble bien résulter que dans des cas fort rares mais de façon, semble-t-il, indiscutable, *l'interruption de la grossesse peut devenir au cours des pyélonéphrites gravidato-toxiques, une intervention de nécessité*. Cette intervention, pratiquée dans un but de sauvegarde maternelle risque parfois de léser les intérêts du fœtus. Elle représente néanmoins la seule thérapeutique capable de sauver la mère, et l'on ne pourra que l'accepter sans avoir le droit de faire entrer en ligne de compte la vie de l'enfant.

Trois de nos observations concernent des formes toxiques de pyélite ou de pyélonéphrite :

— La première de nos malades présenta à la réalité un syndrome peu typique (Obs. pyélite 2).

C'est en effet, en l'absence d'albuminurie, avec une urée sanguine de 0,30 ‰ et une diurèse de 1000 gr. qu'on vit s'installer chez elle des signes toxiques assez caractéristiques. L'atteinte du parenchyme hépatique se traduisait par du sub-ictère et la présence de sels et pigments biliaires dans les urines. Des vomissements dominaient la scène clinique. Trente six jours avant terme, l'accouchement fut provoqué et le travail très court (2 heures 30) se termina par l'expulsion d'un enfant vivant de 2830 grammes dont nous n'avons pu avoir de nouvelles ultérieurement. La mère fut heureusement

transformée en quelques jours, l'apyrexie complète étant obtenue dès la fin de la première semaine.

— Nos deux autres malades ayant présenté un syndrome toxique ont eu une *pyélonéphrite* (Obs. 1 et 2),

Toutes deux ont comporté une atteinte rénale indiscutable avec albuminurie importante (1).

Dans les deux cas, l'affection apparue précocement a cédé une première fois au traitement médical pour rechuter ensuite.

Comme cela est classique, ce ne furent pas des syndromes locaux qui décidèrent l'interruption de la gestation, mais l'atteinte profonde de l'état général et l'intensité des vomissements.

Dans la première observation, ils avaient entraîné un amaigrissement de 14 kilogs avec une azotémie de 1,08 ‰ et la présence nette d'acétone dans les urines. Ici, le fœtus était suffisamment développé pour faire espérer que l'accouchement prématuré provoqué ne lèserait pas ses intérêts. Malheureusement, le travail traîna en longueur et dut être terminé par une application de forceps sous rachi-anesthésie. L'enfant se développa mal et mourut, sans cause précise, à la fin du premier mois.

L'atteinte de l'état général se traduisit dans le deuxième cas, par un syndrome à peu près semblable, avec oligurie marquée, amaigrissement de 7 kilogs en trois semaines, albuminurie de 2 gr. 80 ‰, mais avec un taux d'urée sanguine normal. L'accouchement fut facile,

(1) Ces deux observations ont été particulièrement bien étudiées dans la thèse de S. Backtrog inspirée par M. Pigeaud.

L'enfant qui pesait 1.730 grammes s'est bien développé par la suite et était vivant six mois après.

Dans les deux cas, le résultat maternel fut excellent et les signes toxiques disparurent en 48 heures.

A côté du syndrome gravido-toxique qui représente une indication absolue d'intervenir précocement, il semble qu'on puisse distinguer *des indications moins pressantes d'interrompre la grossesse au cours des pyélites et pyélonéphrites. C'est ici que l'intervention pourra être retardée jusqu'au début du neuvième mois.*

Il s'agit alors non plus de formes toxiques, mais de formes fébriles, prolongées et souvent bilatérales dont l'évolution aura résisté aux traitements médicaux et urologiques (1).

Dans ces cas où le pronostic maternel ne comporte pas de danger immédiat, il est parfois opportun, lorsque la viabilité du fœtus est acquise, de provoquer l'accouchement. Bien souvent, sans même tenir compte de l'intérêt maternel évident qu'il y a à agir ainsi, *le taux de l'albuminurie légitime à lui seul cette interruption par les risques qu'il fait courir à l'enfant* (Obs. 4).

Trois de nos observations peuvent être considérées comme ayant répondu à de telles indications d'opportunité :

— *La première (Obs. pyélite N° 3) concerne une femme dont l'albuminurie ne dépassa pas 0 gr. 10, mais*

(1) Voir à leur sujet le rapport de De Beaufond au Congrès d'Urologie de 1935 : *Journal d'Urologie*, 1935, p. 535.

qui présenta une pyélite intense que l'on peut ranger dans la forme « fébrile prolongée ».

Un mois d'hospitalisation n'entraîna aucune amélioration. Devant un état général profondément atteint et le fœtus semblant suffisamment volumineux, on déclancha l'accouchement 3 semaines avant terme.

En moins de 5 heures, la malade expulsa un enfant de 3050 grammes qui se développa normalement et qui se porte bien à l'âge de 4 ans.

Les suites furent excellentes, la malade quitta le service onze jours après l'accouchement, ne présentant plus ni albumine, ni pyurie.

— *Les deux autres concernent des pyélonéphrites.*

L'une (Observation 4) s'est comportée plus comme une albuminurie gravidique que comme une pyélonéphrite. Au cours du neuvième mois, elle se manifestait à la fois par une pyurie résistant aux auto-vaccins et une albuminurie de 2 gr. sur laquelle une semaine d'hospitalisation fut sans influence. L'accouchement fut provoqué dix jours avant terme et donna d'excellents résultats tant du point de vue maternel que du point de vue fœtal. Nous n'avons pu avoir des nouvelles de l'enfant après sa sortie du service.

La seconde (Obs. 3) nous rapporte l'histoire d'une femme chez laquelle l'indication d'intervenir reposa aussi bien sur l'existence d'un léger degré de rétrécissement du bassin que sur celle d'une pyélonéphrite d'allure assez banale. Là encore, le résultat fut excellent. L'enfant se développe tout à fait normalement à l'âge de 5 ans.

Nous n'avons pas voulu classer, en l'absence de détails suffisants, parmi les formes toxiques ou les formes fébriles prolongées de pyélites, une observation dans laquelle un état véritablement « typhique » fut noté :

Il s'est agi d'une pyélite (Obs. 1) avec atteinte très profonde de l'état général, prostration, éréthisme cardiaque, langue rôtie, gros amaigrissement, le tout coïncidant avec un coefficient de Maillard à 25, quoique l'urée et la diurèse fussent normales.

L'examen clinique donne à penser que l'affection rénale était uni-latérale, localisée du côté droit dont la fosse lombaire était douloureuse et empâtée.

Devant la persistance des accidents généraux, l'accouchement fut provoqué un mois avant terme, mais la malade n'en put faire les frais et mourut de shock obstétrical trois heures après. L'enfant succomba également le premier jour.

L'absence d'autopsie et de test urologique précis, ne nous permet de tirer de cette observation aucune conclusion mais *elle partage avec celle des autres pyélites et pyélonéphrites la particularité d'avoir comporté un déclanchement facile du travail. Le travail lui-même, comme dans la majorité des autres cas, dura moins de six heures.* Il ne présenta ici aucune difficulté susceptible d'expliquer le shock dont il fut suivi.

ANÉMIE PERNICIEUSE (1)

La gravité du pronostic de l'anémie pernicieuse gravidique a fait poser depuis longtemps le problème de l'accouchement provoqué au cours de cette affection. Vinay insistait sur la difficulté de lui donner une solution, déclarant d'une part qu'il était souvent à craindre que les malades n'en retirent aucun bénéfice et, d'autre part, que cette intervention semble cependant justifiée dans les cas où l'anémie est associée aux vomissements incoercibles. La thèse de Robert, les communications de MM. Fabre et Trillat, Fabre et Bourret, Voron et Barlatier, Voron et Gerest à la Société d'Obstétrique de Lyon dans les années qui ont précédé 1914, témoignent de l'intérêt porté à cette question.

En 1912, Plauchu rappelle que les observations d'anémie gravidique peuvent être classées en trois groupes :

- Celles dans lesquelles l'accouchement spontané n'a pas empêché la mort de la malade ;
- Celles dans lesquelles la malade est morte avant d'avoir accouché ;
- Celles dans lesquelles la guérison a suivi l'accouchement.

(1) Observation LIV, page 92.

L'étude de ces faits amène Plauchu à conclure : « Il semble donc que malgré de trop nombreuses chances d'insuccès, l'accouchement provoqué soit légitime » ; comme Commandeur s'inquiète du sort des enfants, il répond que la plupart d'entre eux sont morts et qu'en tout cas leur vitalité ne doit pas entrer en ligne de compte dans la règle thérapeutique à suivre.

Etudiant à la même époque les indications de l'interruption de la grossesse, Spire et Perrin sont plus abstentionnistes. Ils rappellent la thèse de Magne (Toulouse 1910) dans laquelle l'auteur n'a pu réunir que 20 observations où l'accouchement ait paru déterminer la guérison ou une amélioration manifeste et le travail de Tchertkoff qui, sur 13 cas où la thérapeutique obstétricale fut utilisée, n'avait noté que trois améliorations. Il faut tenir compte aussi, déclarent Spire et Perrin, des cas nombreux où l'accouchement, au lieu d'amener une amélioration, semble avoir donné un coup de fouet à la maladie et, à supposer que l'on intervienne, de la difficulté de fixer le moment opportun. Ils écrivent : « Quinquand, Muller, Robert, recommandent de recourir à l'interruption de la grossesse pour arrêter l'évolution de la maladie, mais à condition que l'intervention soit pratiquée d'assez bonne heure avant que le nombre des globules rouges ne soit descendu au-dessous d'un million, d'après Robert, mais d'une façon générale, il ne semble pas que les résultats obtenus soient encourageants. »

Malgré cette opinion, l'absence de guérison véritable de l'anémie gravidique avant l'accouchement est un gros argument pour les interventionnistes. Elle est sou-

lignée par Aubertin dans son travail consacré aux anémies gravidiques en 1924. Si, pour cet auteur, l'évolution après l'accouchement provoqué n'est pas toujours favorable, on ne peut en tirer un argument contre l'intervention, car les échecs sont sans doute dûs à ce qu'elle a été pratiquée trop tard. Comme dans les cas favorables, la rapidité avec laquelle est acquise la guérison est beaucoup plus grande que dans les anémies non gravidiques et comme le pronostic est très grave dans les cas où l'évolution se fait spontanément (90 % de mortalité maternelle) l'interruption de la grossesse doit être acceptée. Le sort de l'enfant ne saurait lui être opposé, puisque Jousselin rapporte que sur 122 enfants d'anémiques, 39 seulement sont nés vivants et que 13 sont morts dans les deux premières semaines. Désirable pour la mère, l'accouchement provoqué, si on le pratique tôt, ne lèsera ainsi du point de vue fœtal que des intérêts bien hypothétiques. Aussi Aubertin écrit-il que « dans bien des cas, l'interruption de la grossesse semble indiquée lorsque l'anémie atteint un certain degré de gravité et que l'accouchement prématuré spontané tarde à se produire. »

Trois ans après Aubertin, Vincent constate à nouveau dans sa thèse que jamais la guérison d'une anémie pernicieuse vraie n'a été observée avant l'évacuation de l'utérus. Cette opinion est partagée par Konrad Heim qui estime que, sans interruption de la grossesse, on ne peut pas espérer la guérison et par Lenner qui est arrivé, grâce à l'intervention, à sauver une malade dont le taux globulaire était descendu à 670.000 globules rouges.

Reboud, en 1928, montre que les partisans de l'abstention disposent cependant d'arguments considérables. Il fait remarquer que les opinions des différents auteurs sont basées sur l'idée pathogénique qu'ils se font de l'anémie : « Ils est évident que seront abstentionnistes irréductibles ceux qui ne voient qu'un rapport de coïncidence entre grossesse et anémie. Quant aux autres, beaucoup plus nombreux, qui admettent sans pouvoir cependant l'expliquer, des relations de cause à effet, ils ne sont malgré cela pas tous partisans de l'intervention ; ceci, ou bien parce qu'ils ont eu des échecs avec cette thérapeutique ou bien parce qu'ils ont vu des cas heureux de femmes menant leur grossesse à terme, accouchant d'un enfant vivant et viable et guérissant ensuite. »

Si on veut placer, déclare Reboud, le problème sur le plan pratique, « on est frappé de voir combien l'évacuation de l'utérus peut donner des résultats différents selon les cas : ici, amélioration très manifeste, brusque, parfois immédiate ; là, coup de fouet à la maladie qui évolue plus rapidement... Ceux qui sont interventionnistes s'accordent bien pour dire qu'il ne faut pas provoquer l'accouchement trop tardivement, mais tous également se déclarent incapables de donner des précisions sur ce moment d'élection. Il serait capital de savoir si l'on a à faire à une forme très grave, mortelle même, et dans ce cas, en intervenant très rapidement, on pourrait peut-être sauver parfois la mère ; ou si l'on est en droit d'attendre une évolution spontanée peu sévère. Mais, il n'y a pas à l'heure actuelle de symptômes, tant cliniques qu'hématologiques, qui permettent de faire le diagnostic de la gravité et par suite

le pronostic. » Reboud, devant l'imprécision du problème, ne reconnaît qu'un cas où aucune hésitation n'est permise, c'est lorsque l'enfant est tout à fait viable ; à ce moment, l'intervention n'est plus discutable : il faut évacuer l'utérus.

Bué, au Congrès de Lyon, rappelle la statistique de Sachs suivant laquelle, si l'on n'interrompt pas la grossesse, les femmes meurent dans la proportion de 79 %, et dans une proportion de 59 % seulement si l'on intervient. « Tous les traitements étant impuissants tant que le fœtus est encore dans l'utérus, écrit-il, il importe de provoquer l'accouchement sans attendre que l'anémie ait atteint un degré extrême ».

Ceci suppose très nettement que lorsque les traitements de l'anémie auront acquis suffisamment d'efficacité la solution du problème changera. Or, au moment où ces lignes sont écrites, les thérapeutiques antianémiques commencent à connaître de beaux succès.

Plusieurs années auparavant, Chaton avait déjà rapporté l'observation d'une grossesse au cours de laquelle, sous l'influence de transfusions répétées, le nombre des globules rouges était passé de 900.000 à 1.500.000 avant que la malade n'accouche spontanément et prématurément à sept mois.

Beaufils, dans sa thèse, en 1928, publie deux résultats de la méthode de Wipple : les deux premiers cas, déclare-t-il, d'anémie gravidique guéris pendant la grossesse. Ces observations n'échappent d'ailleurs pas à toute critique et, en 1930, Tricaud considère encore que la seule thérapeutique logique des anémies pernicieuses

gravidiques est la provocation de l'accouchement. Il écrit au sujet des cas de Beaufrils qu'ils ne sont pas absolument probants en l'absence de renseignements sur l'évolution ultérieure de l'un d'entre eux et en raison d'une rechute présentée par l'autre.

Si, à partir de cette date, on rencontre encore de nombreux cas résistant à la thérapeutique et obligeant à l'accouchement ou à l'avortement provoqués (Dujol, Faugère, Voron et Pigeaud), la question se transforme néanmoins. En 1932, Paillez et Dupire se sont ainsi trouvés devant un problème nouveau : chez une malade où la méthode de Whipple n'avait pas, à proprement parler, échoué puisqu'en une dizaine de jours, sous son influence, la numération globulaire était passée de 980.000 à 1.600.000 avec une formule accusant une régénération intense, ils ont été amenés à se demander si l'interruption de la grossesse devait être pratiquée « à un moment où l'évolution semblait autoriser toutes les espérances ». Leur réponse ne fut affirmative que « parce que les observations de guérison médicale publiées n'étaient pas probantes, alors qu'il existait des observations démonstratives où l'interruption spontanée ou provoquée de la grossesse a permis, en dehors de toute médication, la guérison. »

Peu à peu, à la réalité, des observations de guérison médicale « probantes » sont publiées et bientôt Johan Batisweiler insiste sur le fait que le pronostic des anémies gravidiques est transformé par la thérapeutique moderne et que la gestation ne doit plus être interrompue : les préparations de foie, d'estomac et de fer sont parvenues, dit-il, à transformer le pronostic de telle

sorte que la mortalité est tombée de 70 à 15 %. Jourdain arrive, toutes proportions gardées, à semblable différence parlant de 40 et de 12 %.

H. Baudouin dans sa thèse, en 1936, mesure les progrès réalisés dans le traitement de l'anémie gravidique par l'hépatothérapie. Le traitement obstétrical a changé d'aspect depuis l'institution de cette méthode; cependant, déclare-t-il, il ne faudrait pas conclure de l'amélioration du pronostic que la question d'interrompre la grossesse ne se pose absolument plus. Si, du point de vue maternel, le risque devient moins grand, il n'en est pas moins utile de se rappeler que les enfants meurent fréquemment in-utéro lorsque la grossesse se prolonge, c'est ce que prouvent tout particulièrement les observations de Bensis et Gouttas et de Brault.

Parmi les éléments de pronostic dont l'utilité s'avère nécessaire toute les fois qu'il est question d'interrompre la grossesse, on peut retenir avec Baudouin :

1° *La formule sanguine.*

Les formes aplastiques sont très rares, très graves et échappent probablement à toute thérapeutique (Vermeulin et Vigneul).

Dans les formes plastiques le pronostic se basera sur :

a) *Les globules rouges.* — Leur nombre a une valeur relative seulement ; il existe des cas où la guérison a été obtenue alors que le taux globulaire était descendu à 240.000 (Quincke) et 514.000 (Lévy Solal).

b) *Les hématies nucléées.* — Leur apparition trop précoce mais surtout leur absence ou leur rareté serait défavorable.

c) *Les mégakloblastes.* — Leur présence doit être interprétée suivant la proportion relative de ces éléments et des normoblastes.

S'ils sont moins nombreux que les normoblastes, ils ne constituent pas un élément de pronostic défavorable.

S'ils sont plus nombreux, ils contribuent à faire réserver le pronostic.

S'ils existent seuls, le pronostic est fatal.

d) *Les globules blancs.* — Leur nombre, comme celui des globules rouges, n'a qu'une valeur relative.

L'hyperleucocytose est considérée par la plupart des auteurs, et en particulier par Beaufrils, comme un élément favorable. On doit se rappeler cependant qu'on a vu des anémies gravidiques guérir après avoir vu leur taux leucocytaire descendre à 1.000.

2° Parmi les autres éléments de pronostic :

— La date d'apparition de l'anémie est d'autant plus défavorable que plus précoce : sur huit observations mortelles relevées sur un total de trente-six, par Jourdain dans sa thèse, toutes concernent des malades ayant présenté des signes d'anémie dès les quatre premiers mois.

— L'existence d'une grosse rate serait, comme y ont insisté MM. Eparvier et Pigeaud, d'un pronostic favorable.

C'est en se basant sur ces éléments, *qu'après un traitement médical soigneusement appliqué et seulement lorsque ce traitement médical aura été inopérant* que l'évacuation de l'utérus sera envisagée.

« Le traitement obstétrical demeure une intervention grave, écrit Baudouin, et nous concluons en disant que malgré les succès qu'il a à son actif, il verra ses indications disparaître à mesure que les progrès de la thérapeutique médicale s'affirmeront et, de plus en plus, restera un traitement d'exception des anémies graves de la gestation. »

Dans un Editorial de l'*American Journal of Obstetric* paru à peu près à la même époque que la thèse de Baudouin, les auteurs américains vont plus loin et rayent l'interruption de la grossesse de la thérapeutique des anémies. Le seul traitement qu'ils admettent est le traitement médical à condition qu'il soit fait de façon correcte (1).

Cette opinion semble excessive : des échecs du traitement médical publiés tout récemment encore (Gavaudan et Dor) nous le prouvent ; et l'observation que nous avons rapportée en est un exemple.

Il est intéressant de rappeler que chez cette femme la méthode de Whipple avait été utilisée à raison de 200 gr.

(1) Editorial Comment : Anemia of pregnancy. *American J. of Obst.*, 1936, p. 687.

de foie de veau par jour et que l'anémie s'était aggravée, le taux des globules rouges passant en quatre jours de 1.230.000 à 870.000. L'enfant était viable, ce qui diminuait singulièrement l'inconvénient de l'interruption de la grossesse. Le résultat fut excellent avec guérison maternelle et naissance d'un enfant de développement normal par la suite. Une transfusion de 350 grammes fut faite par précaution quelques heures après l'accouchement.

Le fait que cette observation soit la seule que nous ayons retrouvée ces dix dernières années sur un ensemble de 45.000 accouchements, montre bien la rareté des indications actuelles de l'interruption de la grossesse pour anémie gravidique. Il semble néanmoins que la sagesse, en l'état actuel des choses est d'adopter ici l'opinion de Baudouin : elle légitime encore, dans des cas exceptionnels, l'accouchement provoqué dont l'indication sera posée d'autant plus facilement qu'on se trouvera à une époque plus rapprochée du terme et qu'on ne lèsera alors en rien les intérêts de l'enfant.

DIABÈTE (1)

Plus encore que l'hépatothérapie, au cours des anémies, le traitement insulinique a transformé le problème obstétrical du diabète. Il est inutile de rappeler ici avec Anderodias, combien on est frappé quand on consulte les observations antérieures à cette thérapeutique : « de l'avenir lamentable qui attend les femmes enceintes diabétiques... La grossesse tout d'abord est troublée dans son évolution et se termine par avortement ou accouchement prématuré avec leurs conséquences. Mais, l'accident à redouter est, avant tout, l'acidose avec son aboutissant le coma diabétique, le plus souvent suivi de mort. Au moment de l'accouchement, c'est la dystocie due à l'excès de volume de l'enfant, nécessitant des interventions délicates faisant courir un danger à la mère ». La mortalité maternelle dans de telles conditions, atteint des chiffres très élevés, 55 % pour ne citer que celui de Vinay. Le pronostic fœtal est également désastreux, le fœtus mourant avant terme in-utero, succombant à terme aux manœuvres obstétricales ou mourant encore, s'il en réchappe, quelques heures après sa naissance dans beaucoup de cas. Le résultat se solde par une mortalité de 100 % dans la statistique personnelle d'Andérodias, de 48 % dans celle de Vinay.

(1) Début des observations, page 94, observation LV.

Il était logique devant les risques de l'évolution spontanée de l'affection, tant pour la mère que pour l'enfant, de préconiser ici l'accouchement provoqué. Cléodimos Voudouris, dans sa thèse inspirée par M. Voron, en 1912, range les diabétiques en trois groupes. Le premier et le second comportent respectivement les malades très légèrement atteintes où l'accouchement provoqué est inutile, et les malades très gravement atteintes où l'enfant est mort avant qu'on puisse le pratiquer. Dans le troisième groupe sont comprises les femmes gardant, avec un état général assez satisfaisant, une glycosurie persistante non influencée par le régime. Ici l'accouchement provoqué est nécessaire pour éviter d'une part les risques de mort du fœtus in-utero (qui peut réaliser à plusieurs grossesses successives un véritable syndrome de mort habituelle), d'autre part, l'excès de son volume à terme.

L'opinion de M. Voron exprimée par Voudouris semble avoir été celle de la plupart des auteurs. Tout récemment encore, M. Brindeau, à propos d'une communication de M. Labbé, rappelait avoir tenu cette conduite chez une de ses malades avant l'ère insulinique. Dans la même intervention, il faisait toutefois remarquer la rareté du diabète, associé à la grossesse, dont il déclarait n'avoir eu l'occasion de rencontrer que trois cas.

En opposition avec cette rareté, une des conséquences de l'insulinothérapie, comme le fait remarquer Titus, est l'augmentation du nombre des femmes diabétiques susceptibles de devenir enceintes. Ce sont les « insulin mothers » qui seraient mortes ou qui n'au-

raient pas eu d'enfant si elles n'avaient pas bénéficié de la nouvelle thérapeutique.

Ainsi, en même temps que le problème va se débattre entre les indications respectives du traitement médical et du traitement obstétrical, il va se poser plus fréquemment qu'autrefois.

Sa solution doit logiquement dépendre des résultats de la thérapeutique médicale.

Si l'insuline ramène les enfants à de justes proportions, leur évite les risques de mort in-utéro et protège suffisamment la mère, l'accoucheur n'aura pas à intervenir. Si, au contraire, la thérapeutique ne peut ramener à une gestation normale les malades atteintes de diabète, il faudra envisager encore l'interruption de la grossesse.

Un des premiers travaux français tenant compte de l'insulinothérapie dans le diabète des femmes enceintes est la thèse de Mlle Bach. Les résultats qui y sont consignés, sont à la réalité médiocres, surtout du point de vue fœtal, puisqu'ils comportent une mortalité de 58,6 %. A la lecture attentive de cette statistique, Andérodias commentant les cas où la glycosurie n'a pas été influencée par l'insuline, pense qu'il ne semble pas s'agir de cas d'insulino-résistance véritable, il est beaucoup plus probable que la dose d'insuline injectée fut insuffisante, ou que le traitement a été institué trop tard.

Les résultats rapportés ultérieurement deviennent bien différents. En 1935, Marcel Labbé et Gilbert Dreyfus font une magistrale mise au point de la question et, s'appuyant sur une abondante bibliographie, donnent une impression infiniment meilleure.

Les auteurs distinguent tout d'abord les glycosuries survenues chez des femmes enceintes, antérieurement normales, et éliminent ce qu'ils appellent le paradiabète gravidique, qui ne comporte pas de lésion pancréatique et pas d'hyperglycémie à jeun, et les glycosuries par abaissement du seuil rénal, avec glycémie normale, pour en arriver au diabète gravidique vrai. Celui-ci prend tous les aspects et peut comporter toutes les complications du diabète, mais il disparaît assez rapidement après la grossesse quitte à évoluer à nouveau au cours d'une gestation ultérieure.

Les auteurs étudient enfin le comportement des diabétiques lorsqu'elles deviennent enceintes.

L'exposé de chacune des différentes formes cliniques est illustré par de nombreux exemples où nous relevons un accouchement provoqué par la Méthode de Delmas (Obs. 4) et une césarienne à huit mois (Obs. 17).

De l'ensemble des observations et des réflexions de Labbé et Dreyfus, ressort le fait que, sous l'influence d'une insulinothérapie bien comprise, le pronostic maternel est devenu suffisamment bon pour qu'il ne puisse plus être question d'interrompre la grossesse dans un but de sauvegarde maternelle.

Cette opinion semble être actuellement admise par la plupart des auteurs ; c'est tout particulièrement l'avis de Titus qui a consacré en 1937 un très important travail à l'étude du diabète pendant la grossesse du point de vue obstétrical. Il déclare qu'à son avis, le problème est devenu un problème essentiellement fœtal. Eyding fait cependant remarquer qu'il existe des cas où une toxémie gravidique se surajoute au diabète avec appari-

tion d'albuminurie et d'hypertension, mais il s'agit alors d'une toxémie et nous avons déjà envisagé ce point particulier.

Si la question fœtale semble seule se poser actuellement, il faut remarquer encore qu'elle paraît revêtir une acuité moindre qu'autrefois. Dans les exemples de Labbé et Dreyfus, on s'aperçoit que l'élément dystocie par excès de volume de l'enfant, diminue considérablement sous l'influence de l'insuline. La malade de leur quatrième observation avait eu au cours d'une précédente grossesse, un enfant macéré de 6 kg. A la grossesse suivante, où l'on avait pratiqué des injections quotidiennes de 100 unités d'insuline, l'enfant pesait 3 kg. 400 seulement. Fischer étudiant le poids des enfants nés de mère diabétique, après le deux cent cinquantième jour de la gestation, trouve une proportion de 42 % d'enfants géants pour l'ensemble d'une statistique qui ne comporte qu'une faible proportion de cas ayant bénéficié de l'insuline ; parmi ces derniers, et ils sont au nombre de 32, on ne relève qu'un seul enfant pesant plus de 5 kilos.

Les indications d'interruption se poseront ainsi de moins en moins pour éviter les difficultés mécaniques de l'accouchement et elles paraissent reposer avant tout sur le sort des enfants in-utero et sur la diminution de leur résistance lorsqu'on laisse la grossesse aller à terme.

Titus fait remarquer que cette question est d'un intérêt d'autant plus grand que bien souvent l'enfant d'une diabétique représentera l'unique rejeton d'une famille car la mère ne pourra guère faire les frais d'une nouvelle grossesse.

L'indication majeure de l'accouchement provoqué est fondée sur la fréquence encore considérable de la mort du fœtus in-utéro. Cette éventualité se réaliserait, malgré l'application correcte de l'insulinothérapie dans 6 % des cas. C'est ainsi que Titus l'a déploré deux fois au cours du neuvième mois, sur un ensemble de 43 diabètes. Cette mort doit être prévenue par l'extraction prématurée de l'enfant dès qu'il est viable, et la viabilité semble particulièrement bien acquise dès le début du neuvième mois, le développement étant à ce moment chez les enfants de diabétiques le même que celui d'un enfant normal à terme. Certains enfants diabétiques présentent cependant paradoxalement un hypodéveloppement, semblable à celui des enfants d'albuminuriques : la onzième observation de Labbé et Dreyfus où un enfant né à terme ne pèse que 2.200 gr. est un exemple de cette éventualité. Il est évident que la meilleure manière de dépister ces cas est de pratiquer un examen obstétrical correct, suivant les principes exposés par Lyonnet dans sa thèse, et aussi, comme le propose Titus de faire pratiquer des téléradiographies qui peuvent donner ici de précieux renseignements. Sous ces réserves, Titus qui s'est imposé la règle de faire systématiquement une césarienne dès que le développement de l'enfant est suffisant, n'a perdu dans les suites immédiates que deux enfants dans les seize derniers cas de diabète auxquels il a appliqué cette règle, alors que dans les vingt-sept cas antérieurs il en avait perdu sept.

Priscilla White qui a étudié avec beaucoup de soins l'avenir des enfants nés de diabétiques, pense lui aussi, que la césarienne avant terme permet d'extraire des

enfants : « fully developed though chronologically premature », et constitue la meilleure solution du problème.

Cette manière de voir est encore confirmée par Randall et Rynarson qui, sur huit observations de diabétiques enceintes, rapportent sept césariennes pratiquées entre la trente-troisième et la trente-septième semaine de la gestation.

Heynemann, comme les auteurs américains, insiste sur le mauvais pronostic fœtal au cours du diabète gravidique, et préconise également la césarienne, malgré l'insulinothérapie.

A ces opinions, s'oppose une protestation récente de Herrick et Tillmann qui s'élèvent contre une tendance aussi systématiquement interventionniste. Ces auteurs discutant le traitement obstétrical au cours de la grossesse, déclarent que la césarienne avant terme donne des prématurés, dont le déchet est important ; ils estiment que la mortalité qui en résulte est aussi considérable que celle donnée par l'expectative.

Cette attitude abstentionniste est celle que préconisait déjà Monckeberg en 1931, lorsqu'il déclarait que le pronostic du diabète au cours de la gestation, s'était suffisamment modifié par l'usage de l'insuline pour que l'accouchement provoqué n'ait pas lieu d'être envisagé.

C'est encore implicitement l'avis de Lacomme qui, traitant du diabète gravidique, n'envisage que pour les rejeter la césarienne et l'avortement thérapeutique, et ne parle même pas de l'accouchement provoqué : « En

somme dit-il, la conduite à tenir chez la femme diabétique est le traitement médical du diabète. »

Entre la tendance abstentionniste et la tendance interventionniste à outrance, il existe, croyons-nous, une opinion moyenne beaucoup plus défendable. Des observations de Snoeck, de Louis Gernez et Démarez, montrent que, malgré l'insuline, le pronostic du diabète au cours de la grossesse, n'est pas toujours excellent, parfois pour la mère, qu'il devient urgent de délivrer, souvent pour l'enfant qui risque de mourir in-utéro. Dans certains cas même, comme celui de Verdeuil et Lombard, où un enfant de 4.150 grammes naît spontanément un mois avant terme, on peut imaginer ce que serait devenue cette heureuse issue spontanée si, pendant quatre semaines encore, l'enfant avait eu le temps de grossir.

Nos cinq observations, dont aucune ne concerne un diabète vraiment grave et qui datent toutes de ces dix dernières années, sont une preuve des excellents résultats que l'on peut encore attendre du traitement obstétrical.

L'observation 1 a trait à une malade chez laquelle l'insulinothérapie ne fut pas instituée ; il s'agissait d'un diabète ayant vraisemblablement existé au cours d'une grossesse précédente puisque le dernier enfant, un mort-né, pesait 6 kilogs. Son évolution fut bénigne, sans acidose, et l'indication d'interrompre la grossesse fut posée dans un but de sauvegarde fœtale. Un mois avant terme, l'accouchement provoqué se termina par la naissance d'un enfant de 3.500 grammes.

Dans les quatre autres cas, l'insulinothérapie fut mise en œuvre.

Dans l'un (Obs. 5) elle ne le fut qu'à toute petite dose : 20, puis 10 unités et au début du neuvième mois seulement, en raison de la très faible importance de la glycosurie qu'elle suffit cependant à faire disparaître.

Dans un autre (Obs. 2), la dose quotidienne d'insuline fut également très minime : 15 unités par jour, instituée deux mois avant terme, elle se révéla là encore suffisante pour faire disparaître la glycosurie. Ici, toutefois, la réserve alcaline, était un peu diminuée (48) et la glycémie plus élevée (1,66).

L'observation 3 est celle d'une grossesse ultérieure survenue chez la même malade que celle de l'observation précédente. Cette fois, la glycosurie s'est accentuée et atteint 55 gr. ‰. Deux mois et demi avant terme, la glycémie s'élève à plus de 3 gr., la réserve alcaline est normale, mais on note de petits troubles fonctionnels et un amaigrissement marqué. L'insulinothérapie faite à partir du septième mois à la dose, modeste en l'espèce de 20, puis de 30 unités par jour, laisse persister 40 grammes de sucre urinaire par litre, une glycémie de 3 ‰, et la présence d'acétonurie avec fléchissement léger de la réserve alcaline. Le traitement de ce diabète vrai (depuis la dernière grossesse, on avait noté la persistance d'une glycosurie de 20 gr. ‰) après avoir été médical, devint obstétrical, et l'on déclancha l'accouchement un mois avant terme.

Dans le dernier cas (Obs. 4), l'insuline fut faite à dose plus importante : 60 unités par jour chez une femme qui n'avait pas présenté de troubles fonctionnels importants, mais dont la glycosurie atteignait 51 ‰, et la glycémie

1,65 ‰. Le déclanchement du travail fut pratiqué vingt-quatre jours avant terme en raison du développement suffisant de l'enfant après un mois d'hospitalisation.

Quelle que soit la bénignité habituelle des accidents rapportés par ces observations, on ne peut que se féliciter d'avoir dans toutes pratiqué l'accouchement provoqué.

L'insulinothérapie fut mise en œuvre 4 fois sur 5 (dont 3 fois à titre purement prophylactique) ; malgré ce traitement, *les enfants furent toujours volumineux* et   un mois du terme pesaient 3.400 grammes ou plus. Même dans l'observation 4, où l'insulinothérapie fut aussi importante qu'on pouvait le désirer, le fœtus atteignait ce poids à 24 jours du terme prévu.

Dans trois cas sur cinq, à la notion de gros enfant se surajoute celle de gros œuf avec hydramnios (Obs. 1, Obs. 4, Obs. 5). On devra savoir que cette hydramnios peut être une source de complications au cours de l'accouchement provoqué. Elle risque en effet d'entraîner des mutations de présentation ; nous avons vu que dans un de nos cas (Obs. 1) une version podalique fut nécessitée par une présentation de l'épaule, alors que dans un autre (Obs. 4) une version par manœuvres externes au moment du déclanchement du travail, avait d  ramener la tête fœtale au contact de l'excavation.

Le déclanchement de l'accouchement ne présenta de difficultés que dans un cas (Obs. 1) et aucun accident n'a été noté au cours du travail dont la rapidité fut également satisfaisante. A la sortie des malades, la glycosurie ne persistait qu'à très faible dose dans toutes les observations.

La malade qui présentait un diabète que nous avons qualifié de « gravidique » (Obs. 4) nous écrit en 1938, dix-huit mois après son accouchement, qu'elle se porte bien mais qu'il existe de temps à autre des traces de sucre dans ses urines. Nous devons souligner chez cette femme le très heureux résultat obtenu puisque, les deux grossesses qu'elle avait eues précédemment s'étaient terminées par la mort du fœtus alors que la dernière lui a permis, sous l'influence de l'insulinothérapie et grâce à l'accouchement provoqué, d'avoir enfin un enfant vivant.

Des faits que nous rapportons, il semble possible de conclure, comme le faisait récemment Vuarnet dans sa thèse, que l'accouchement provoqué reste un procédé auquel on est heureux d'avoir assez fréquemment recours. Mises à part les réserves que nous avons faites sur les complications que l'hydramnios est susceptible de créer au cours de l'accouchement provoqué, *il convient, lorsque l'enfant apparaît d'un volume voisin de celui d'un enfant normal à terme chez une diabétique, de déclancher le travail. On évitera ainsi bien des risques fœtaux même lorsque l'insulinothérapie aura été instituée correctement.* On ne doit pas oublier d'ailleurs que, dans de nombreux cas encore, on voit des diabétiques ne se soumettre que tardivement à un examen médical soit par insouciance, soit par ignorance de leur diabète. Il est évident que dans ces cas, l'insulinothérapie instituée trop tard ne pourra pas avoir les heureux effets qu'on est en droit d'attendre d'elle et que le traitement obstétrical retrouvera ici tous ses droits.

CARDIOPATHIES (1)

Le problème obstétrical posé par l'existence d'une cardiopathie revêt beaucoup plus d'acuité au début qu'à la fin de la gestation. Néanmoins, l'intérêt du fœtus d'une part, celui de la mère d'autre part, peuvent faire discuter la question de l'interruption prématurée de la grossesse dans les semaines qui précèdent immédiatement le terme (2).

On conçoit que *l'intérêt fœtal* revête ici une importance majeure. Lorsqu'on a laissé supporter à une cardiaque la surcharge fonctionnelle des six premiers mois de la gestation, pour permettre à l'enfant de se développer, il est normal de tout faire pour obtenir cet enfant vivant. Or, le pronostic fœtal apparaissait autrefois comme fort sombre : « Tantot, écrit Vinay, il y a avortement, tantôt naissance avant terme, et la vie des nouveau-nés reste alors précaire et leur avenir douteux. Les enfants sont parfois expulsés morts, même quand ils

(1) Début des observations page 402, obs. LX.

(2) Nous avons quelque scrupule à aborder aujourd'hui le problème de l'interruption de la gestation dans les cardiopathies ; il se trouve en effet placé au premier plan de l'actualité puisqu'il figure à l'ordre du jour du prochain Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de langue française.

naissent à une époque où ils pourraient être viables. » Porak avait déjà noté cette fâcheuse éventualité et la statistique de Durozier est restée classique avec, chez 41 cardiaques, 37 enfants morts dans les quatre premières années ; Vinay revient d'ailleurs sur cette proportion qu'il juge excessive et rappelle qu'il a rassemblé, pour sa part, 32 enfants presque tous nés à terme et bien portants, avec un poids dépassant parfois la moyenne.

A mesure qu'évolue la question, il semble bien que le pronostic fœtal apparaisse comme meilleur. Le simple fait signalé par Rémy, d'avoir pu extraire par césarienne post-mortem trois enfants vivants sur sept, prouve suffisamment que la vie du fœtus, même dans les cas les pires, n'est pas toujours nécessairement compromise.

Dans les formes les plus graves, que Murat range dans un chapitre spécial de sa thèse, nous relevons 19 observations d'accouchements après le sixième mois. Or, sur ces 19 observations, deux seulement (Obs. 58, Obs. 59) concernent des enfants de très faible volume pesant respectivement 900 et 1360 grammes qui moururent ; dans tous les autres cas, au nombre de 17, l'état du fœtus et son avenir apparaissent comme normal.

Théophile Laennec ne fait que confirmer cette notion. « Quant à l'avenir des enfants de cardiaques, il faut, écrit-il dans sa thèse, absolument rejeter l'opinion de Durozier qui les considérerait comme des débiles, des tarés et dépassant rarement l'âge de 4 ans. »

Ainsi, en dehors des cas où la mort de la mère pourrait entraîner celle du fœtus, il ne semble pas que ce dernier court de très gros risques à rester in-utéro, et son existence, dont la valeur ne semble pas niable, de-

vient plutôt un argument pour laisser la gestation se poursuivre le plus longtemps possible.

Du point de vue maternel les indications d'intervenir étaient autrefois également considérées comme peu nombreuses. Vinay, pensait que l'accouchement provoqué doit être réservé à peu près à ces mêmes malades dont l'état est tel que l'intervention s'impose pour empêcher leurs enfants de mourir avec elles. « Les cas qui nécessitent une pareille opération sont toujours graves, écrit-il, l'état des malades semble être arrivé au point que la continuation de la vie semble impossible, et comme l'enfant est viable, puisque les accidents ne surviennent guère que dans les derniers mois de la grossesse, comme l'accouchement détermine quelquefois la disparition des symptômes dyspnéiques, il semble légitime de le provoquer. Il s'en faut cependant que les résultats soient toujours favorables, et que l'interruption de la grossesse allège régulièrement les charges du muscle cardiaque. L'accouchement ne détermine souvent qu'une amélioration passagère et parfois, il aggrave une situation déjà menaçante. » Vinay illustre son opinion de l'exemple de la Clinique Obstétricale de Berlin, où toutes les cardiaques chez lesquelles l'accouchement prématuré a été provoqué, sont mortes rapidement et la statistique de Porak avec trois morts maternelles, et cinq morts fœtales, sur sept interruptions thérapeutiques de la grossesse.

On doit, selon lui, limiter en principe les indications de l'accouchement provoqué aux cardiaques présentant des accidents d'œdème pulmonaire. C'était aussi l'avis

de Pinard qui admettait l'interruption de la grossesse : « lorsque se montrent avec l'asystolie, des phénomènes de dyspnée et d'asphyxie. »

Avec ces auteurs classiques et malgré une certaine amélioration des résultats de l'accouchement provoqué qui comporte ici, semble-t-il, des risques assez grands, les indications de l'interruption de la grossesse à sa phase terminale sont restées pendant longtemps très discutées au cours des cardiopathies. Plus récemment, il semble que l'introduction dans la thérapeutique obstétricale de la césarienne basse, sous anesthésie locale, ait quelque peu transformé le problème en rendant possible l'interruption de la gestation, sans l'effort du travail et et sans le risque de l'anesthésie générale. Certains auteurs, avec Smythe, préconisent, si la maladie a été mal supportée pendant la grossesse, de terminer celle-ci dès la trente-huitième semaine de façon à soulager un peu plus tôt le cœur maternel. C'est également la conduite tenue par plusieurs accoucheurs américains chez toutes les femmes qui ont eu des accidents de décompensation cardiaque au cours de leur gestation. Après hospitalisation et cure digitalique, ils sont d'avis de pratiquer la césarienne soit à terme, avant tout début du travail, soit même dès le moment où l'enfant peut être tenu pour véritablement viable : « In those patients who have had a definite break decompensation it is advisable to, after adequate hospitalisation with digitalis therapy perform a cesarean section, eather at viability, or at term, followed by sterilisation » (Stander et Kuder). Un des avantages de cette conduite, comme l'indiquent les au-

teurs, est de permettre la stérilisation des malades en même temps que l'interruption de la grossesse.

On comprend que la fréquence des indications variera avec la tendance que l'on aura à adopter la conduite classique ou à recourir au contraire de préférence aux interventions prophylactiques.

Cassan, rapportant 45 cas de cardiopathies sur 6.000 accouchements survenus à l'hôpital Lariboisière, déclare : « Pas un de nos 45 cas n'a nécessité une intervention parfois impossible à éviter, mais souvent fatale au produit de conception, je veux parler de l'accouchement prématuré ou de l'avortement provoqué, nécessité par la déficience myocardique de la mère. »

Dans sa thèse, Murat, qui relate parmi ses observations 19 cas d'accidents graves au cours des cardiopathies de la gestation, ne rapporte aucune observation d'accouchement provoqué après six mois.

Mouton, dans un travail sur les indications de l'évacuation utérine dans les accidents gravido-cardiaques, rapporte trois observations de césariennes pratiquées l'une chez une femme atteinte d'insuffisance aortique avec une grosse asystolie, à prédominance pulmonaire ; les deux autres chez des gibbeuses dont l'une présentait également des manifestations pulmonaires d'asystolie, et dont l'autre faisait des accidents hypertensifs avec myocardite.

Benno Tunis, sur 25.000 accouchements rapporte 121 cardiopathies, dont 25 ayant donné lieu à des accidents

sévères après le sixième mois et 7 ayant nécessité une césarienne.

Dans un article de Stander et Kuder, basé sur une expérience de 14.157 accouchements, nous trouvons 5 accouchements provoqués par bougie et 25 césariennes.

Nous ne voulons pas multiplier les chiffres ; ils montrent suffisamment les divergences qui existent entre les différentes écoles. Nous n'avons pas non plus la prétention, à propos de l'accouchement provoqué, de reprendre l'étude entière du pronostic des cardiopathies au cours de la grossesse, mais simplement d'en préciser quelques points.

Nous appuyant sur la haute autorité de M. Gallavardin, qui a bien voulu nous donner son avis à ce sujet, nous estimons qu'il importe tout d'abord *de souligner combien le problème est plus facile à résoudre, au cours des derniers mois de la gestation qu'au cours des premiers.*

A cette période, en effet, la façon dont la cardiaque s'est comportée depuis le début de sa grossesse constitue la meilleure des épreuves fonctionnelles. En principe, si l'affection a été bien supportée, on n'aura pas à redouter d'accidents nouveaux ; si au contraire des signes de décompensation se sont installés progressivement, ou si de petits incidents, sur lesquels nous reviendrons, se sont produits, il sera légitime d'envisager la terminaison de la grossesse avant son terme.

Différents éléments interviennent de ce point de vue :

I. — *Le type anatomique des cardiopathies valvulaires.* Il n'a pas une très grosse importance pronostique en lui-même. Il est classique de dire cependant que l'insuffisance mitrale et que l'insuffisance aortique sont relativement favorables ; que le rétrécissement mitral, la plus fréquente de toutes ces affections, est susceptible d'évoluer de la façon la meilleure ou la pire et qu'enfin les lésions associées, double lésion mitrale ou lésion mitro-aortique, sont les plus redoutables.

Sur nos huit observations d'accouchements provoqués nous relevons : une insuffisance aortique, un rétrécissement mitral, deux insuffisances mitrales, trois doubles lésions mitrales et une lésion mal caractérisée (Obs. 3).

II. — *Les associations et l'étiologie des affections cardiaque.*

a) *Les antécédents franchement rhumatismaux ou syphilitiques ont un pronostic défavorable.* Nous ne relevons cependant de cardiopathie nettement rhumatismale que dans la moitié de nos observations (Obs. 1, 5, 7, 8).

b) *L'association d'une lésion rénale et d'une affection cardiaque* réalise chez certaines femmes au cours de la gestation le syndrome cardio-rénal auquel Fruhinsholz et Beigdeber ont consacré récemment un intéressant travail. Ces malades ont, comme l'avait montré Bué au Congrès de Lyon, « un gros cœur qui semble bien tenir pendant le début de la grossesse, mais qui peut présenter un syndrome aigü ou subaigü et provoquer des acci-

dents gravido-cardiaques. ». La valeur de l' « épreuve fonctionnelle » des premiers mois sur laquelle nous avons précédemment insisté serait donc dans ces cas mise en défaut. En outre, l'intérêt fœtal qu'il est inhabituel d'invoquer en faveur de l'interruption de la grossesse au cours des cardiopathies est en jeu ici comme dans toutes les affections rénales où la mort in-utéro est toujours à craindre. La conduite à tenir est celle que nous avons envisagée au sujet des accidents de défaillance cardiaque des néphrites chroniques.

On ne doit pas confondre, de ce point de vue, les cardio-rénales avec les femmes qui présentent à la fois une cardiopathie valvulaire et une néphropathie sans relations bien nettes entre elles comme nous avons eu l'occasion d'en retrouver deux observations :

— La première (obs. 7) concerne une albuminurie, en réalité très faible, apparaissant au voisinage du terme, chez une femme porteuse d'une insuffisance mitrale, qui avait présenté au cours de sa grossesse des accidents de dyspnée suspecte. Le travail fut déclenché plus en raison de ces accidents que du syndrome urinaire. Il se termina rapidement par l'expulsion d'un enfant de 3.340 grammes qui, malheureusement, est mort deux mois après sa naissance. Les suites maternelles furent excellentes.

— La deuxième concerne une femme chez laquelle les accidents toxiques furent plus importants (Obs. 4). On note ici une albuminurie de 2 grammes ‰ avec signes de prééclampsie pour lesquels on décida d'interrompre la gestation 25 jours avant terme.

Cette malade qui présentait une double lésion mitrale accoucha 30 heures après la mise en place d'une bougie de Trillat, d'un enfant vivant de 2.300 grammes. Trois heures après l'accouchement elle fit des accidents de shock obstétrical, qu'aucune hémorragie n'expliqua. Ces phénomènes se dissipèrent assez rapidement et les suites de couches immédiates furent relativement satisfaisantes pour la mère et l'enfant dont nous n'avons pas eu de nouvelles par la suite.

c) *Parmi les autres étiologies ou associations de cardiopathies susceptibles de devenir une indication de l'accouchement provoqué, citons les gibbosités* dont nous avons vu deux exemples dans la thèse de Mouton, qui s'exprime ainsi à leur sujet : » Lorsque les accidents gravido-cardiaques relèvent de déformation thoracique, avec sclérose pulmonaire étendue, qui sont le fait d'une gibbosité, ils sont habituellement graves et d'évolution rapide ; dans ces cas l'interruption n'est pas à proprement parler contre-indiquée mais on ne doit pas trop compter sur ses résultats. »

Nous n'avons pas retrouvé de gibbeuse parmi nos malades ; par contre, nous rapportons, comme ayant décidé de l'intervention l'association à un rétrécissement mitral de *crises d'asthme, dont l'authenticité et l'autonomie — si bizarre que la chose puisse paraître — fut établie par plusieurs examens médicaux des plus autorisés* (Obs. 2). Ces crises d'asthme ne cédèrent pas après l'accouchement, seule la dyspnée qui persistait dans leur intervalle, disparut. On avait déclenché le travail très rapidement en raison de leur intensité, un mois

avant terme, au moment où la malade s'était décidée à se faire hospitaliser. L'enfant qui pesait 2.830 gr. mourut le jour même de sa naissance et l'autopsie permit de découvrir des zones nettement hépatisées au niveau de ses poumons.

III. — *Le caractère inflammatoire ou infectieux des cardiopathies.* Il peut devenir un argument précieux en faveur de l'intervention.

Les endocardites infectieuses, que l'on peut envisager ici, réalisent une indication majeure d'intervenir et Mac Rae a rapporté deux césariennes pratiquées pour cette raison. Il est évident que le pronostic maternel étant obligatoirement fatal, il sera, lorsque l'évolution semble rapide et l'enfant viable, logique d'évacuer au plus tôt l'utérus.

IV. — *L'appréciation de la valeur fonctionnelle du myocarde et des accidents de défaillance cardiaque.* C'est l'élément le plus important du pronostic.

a) *La valeur fonctionnelle* du myocarde a été l'objet de très nombreux travaux. Rappelons spécialement que les auteurs américains ont classé leurs malades en plusieurs catégories :

— Dans la catégorie I, se placent celles qui présentent une cardiopathie leur permettant de mener une vie normale sans fatigue.

— Dans la catégorie II, se placent celles incapables d'exercer cette activité sans une certaine gêne :

Ou bien cette gêne est légère, ce sera le groupe A ;

Ou bien cette gêne est notable, entraînant de la dyspnée et des palpitations, ce sera le groupe B.

— Dans la catégorie III, doivent être rangées les malades incapables d'avoir une activité physique quelconque.

On peut assurer, pour les malades dont l'activité aura été voisine de la normale (classe I et II A) pendant les six premiers mois, qu'elles ne présenteront à peu près certainement aucune indication d'intervenir avant terme. Par contre, celles des classes II B et III, dont la déficience cardiaque se sera traduite par des accidents progressifs au premier rang desquels se place la dyspnée avec obligation de garder un repos complet, peuvent devenir justiciables de l'interruption de la grossesse.

b) *Les accidents* qui peuvent survenir réalisent plusieurs éventualités :

1) *Dans certains cas, les malades sombrent progressivement dans une asystolie qui se manifeste dans tous les domaines.*

Bué et Aubertin en donnent l'exemple suivant : « Prenons une femme enceinte de 4 à 5 mois, présentant une cardiopathie valvulaire (prenons un cas évidemment mauvais), il y a un rétrécissement mitral ou un fléchissement du myocarde, comme il y a dyspnée d'effort ou de decubitus, de l'œdème, en particulier des membres inférieurs, de l'encombrement des bases pulmonaires, des râles bilatéraux qui ne cèdent pas au repos, ni aux ventouses sèches, ni à la position assise, quand le foie est gros, quand il y a tachycardie, dans

ce cas, il est bien évident qu'il y a imminence d'accidents gravido-cardiaques et que le pronostic est mauvais... Il se peut donc que vous soyez amené à envisager l'accouchement provoqué ».

Nous avons rapporté deux observations répondant à ce tableau clinique.

La première (Obs. 5) concerne une double lésion mitrale d'origine rhumatismale et la défaillance cardiaque s'est manifestée dès les premiers mois de la première grossesse. Tous les signes d'asystolie se confirmèrent par la suite; et l'électro-cardiogramme montra l'existence d'une fibrillation auriculaire vers la fin du huitième mois. Au début du neuvième, la malade étant moribonde, le déclenchement du travail fut pratiqué pour essayer de sauver l'enfant. On n'obtint qu'un mort-né de 1.700 grammes et la mère mourut dans les 24 heures.

La seconde (Obs. 8) concerne également une double lésion mitrale d'origine rhumatismale et une première gestation. On intervint sur l'intensité des signes fonctionnels avec dyspnée, cyanose, œdèmes, congestion des bases pulmonaires, vomissements et anémie à 2.700.000 globules rouges. Le travail fut difficile à déclencher un mois avant terme. Néanmoins, après accouchement d'une fille de 2.300 grammes, les suites maternelles et infantiles furent des plus satisfaisantes et se maintiennent comme telles un an après.

Dans des circonstances semblables, la déficience progressive de l'organisme, la dyspnée, l'intensité de la cyanose ne laissent guère de doutes sur l'évolution. Ce sont les cas envisagés de tous temps, comme justiciables de

l'accouchement provoqué. Chez ces malades confinées au lit, où elles demeurent assises et haletantes, l'intervention devient une question d'humanité. On s'efforcera de ne la pratiquer que lorsque l'enfant est viable.

2) D'autres fois les malades font une asytolie à prédominance pulmonaire.

Ces formes que l'on voit chez les mitrales et sur lesquelles MM. Vaquez, Mackenzie et Aubertin ont insisté, sont tout particulièrement rappelées dans la thèse de Séjourné. Cet auteur a montré l'importance que l'on doit accorder aux examens radiologiques et les craintes que l'on doit avoir lorsque les hiles pulmonaires deviennent plus flous à plusieurs examens successifs et se dilatent progressivement. La radiographie permet encore d'apprécier les augmentations de volume de l'oreillette gauche et éventuellement celles de l'ensemble du muscle cardiaque. La stase hilaire progressive, avec dilatation cardiaque devient, lorsqu'elle est dûment constatée en fin de grossesse, une indication d'interrompre la gestation lorsque l'enfant est viable. Du point de vue symptomatique on peut lui opposer le rétrécissement mitral œdémateux sur lequel a insisté M. Gallavardin où l'on est privé des renseignements que donne habituellement l'orthodiagramme. Les accidents ont ici un caractère paroxystique et ne sont pas précédés d'une tentative d'accommodation cardiaque à la lésion valvulaire. Chez de telles malades qui, semblant bien se porter, présentent néanmoins de temps à autre un crachat sanglant et une sensation d'oppression passagère, on peut voir survenir des accidents brutaux d'œdème pulmonaire.

L'interruption de la grossesse serait éminemment désirable avant l'apparition de ces accidents, mais ils sont très difficiles à prévoir ; aussi, dès que l'enfant est viable, faut-il savoir attacher une grande valeur aux signes de probabilité et adopter la conduite prophylactique qui a été suivie dans une de nos observations (Observation 1) où, un mois avant terme, le travail fut provoqué chez une femme dont l'insuffisance mitrale s'était compliquée dès le quatrième mois de crises de pseudo asthme avec expectoration rosée ; le résultat fut excellent et n'a compromis en rien le sort de l'enfant qui a actuellement dix ans.

Lorsque la crise d'œdème aigu du poumon n'a pu être évitée, la question se pose de savoir si l'on doit encore interrompre la gestation.

Comme l'a fait remarquer M. Gellé, on a quelquefois la main forcée par la répétition des accès qui succèdent à un rythme accéléré à la première crise et qui menacent à la fois la vie de la mère et du fœtus.

A l'inverse de cette évolution, on peut parfois assister à une sédation des signes cardiaques et généraux qui donne une fausse sécurité et fait différer l'intervention. Nous avons eu ainsi l'occasion d'observer, chez une femme présentant des lésions mitro-aortiques, dans le service de M. Trillat, un premier accès d'œdème aigu du poumon ayant cédé rapidement à la saignée et au traitement habituel. Les lésions cardiaques semblèrent se compenser rapidement et l'on rejeta toute idée d'interrompre la grossesse quoiqu'elle fût arrivée à son neuvième mois. Or, brusquement, cinq jours après, cette malade mourut d'un nouvel accès, en quelques mi-

nutes, sans qu'on eut le temps d'intervenir et de sauver l'enfant. Lorsque le fœtus étant viable, on a la bonne fortune d'assister à une compensation des lésions cardiaques après une crise d'œdème aigu du poumon, nous croyons, sur la foi de cet exemple, que l'on doit envisager très sérieusement l'interruption de la grossesse.

Le problème est beaucoup plus délicat dans les cas, habituellement rencontrés, où, à la phase paroxystique succèdent des troubles persistants de défaillance cardiaque. Il semble bien qu'ici on doive s'abstenir de toute manœuvre obstétricale jusqu'à ce que le traitement médical ait mis l'organisme en état de les supporter.

3) *Dans un troisième cas prédominent les troubles du rythme.*

— *La valeur de la tachycardie* est très discutable, d'abord parce qu'il existe souvent un élément nerveux surajouté qui rend son appréciation difficile, et aussi parce que l'expérience prouve qu'au cours des derniers mois les malades ont souvent un éréthisme cardiaque considérable mais bien supporté.

Cette tachycardie rentre cependant dans le cadre des cas suspects à surveiller de très près pour Bué qui cite comme tel : « Le rétrécissement mitral sans arythmie complète, sans œdème mais avec tachycardie intense habituelle. »

Une tachycardie devenue régulière après 10 jours de repos mais persistant au point de rendre très difficile l'interprétation de l'auscultation, fut le signe dominant présenté par l'une des malades dont nous rapportons

l'observation (Obs. 3). Coïncidant avec de l'œdème des membres inférieurs et des signes de subasystolie, elle décida l'intervention sans qu'on sut exactement la nature de l'affection cardiaque causale. Vingt jours avant terme, la malade accoucha d'un enfant, qui se porte bien sept ans après, elle eut elle-même des suites aussi bonnes que possible.

— *La tachycardie paroxystique* ne présenterait pas, pour Parsons Smith (1) de gravité particulière et *l'auricular flutter*, comme elle, ne deviendrait une indication d'intervenir qu'en s'associant à d'autres symptômes. Nikolaus Alders a cependant rapporté l'observation d'une femme dont les crises de tachycardie paroxystique, habituellement espacées et courtes, avaient été tellement rapprochées et prolongées par la grossesse, qu'il fut obligé d'interrompre celle-ci (au quatrième mois il est vrai).

— *Les arythmies complètes* ont un pronostic très réservé. Bué les classe parmi les mauvais cas pouvant donner lieu à intervenir et il donne comme exemple : « une double lésion mitrale ou un rétrécissement mitral d'origine rhumatismale avec arythmie complète même sans autres signes. »

Il va sans dire cependant que l'épreuve du traitement digitalique et du repos doivent avoir été suffisamment prolongées avant qu'on puisse envisager l'interruption de la grossesse sur ce symptôme avant-coureur de plus graves complications.

(1) Ref. à *Medical Society of London*. Chap. Généralités de la Bibliographie.

L'électro-cardiogramme peut donner ici de très importants renseignements et tous les auteurs sont d'accord pour considérer que les malades présentant une *fibrillation auriculaire* évolueront à brève échéance de façon défavorable. Mackenzie et Aubertin ont montré toute la gravité de cette éventualité. Sur six malades rapportées par Mackenzie, l'accouchement prématuré est survenu spontanément dans tous les cas entre le quatrième et le septième mois et toutes les malades sont mortes rapidement, la plus longue survie n'ayant pas dépassé deux ans.

Sur deux malades rapportées par Aubertin, la même évolution fatale est survenue : pour la première, une semaine et pour la seconde sept mois après l'accouchement. Nous avons rappelé plus haut l'observation (Obs. 5) d'une fibrillation auriculaire qui fut constatée par un électro-cardiogramme pratiqué un mois avant terme chez une malade présentant une asystolie progressive, dont le pouls était ralenti à 60 et qui mourut seize heures après l'accouchement provoqué.

4) *L'étude des signes vasculaires périphériques, et tout particulièrement de la tension artérielle*, peut avoir un gros intérêt.

Nous ne voulons pas revenir sur les accidents de décapitation tensionnelle des hypertendues, auxquels nous avons déjà fait allusion. Dans bien d'autres cas, la chute brusque de la maxima pourra devenir une indication d'intervenir. G. Hermann pense que lorsque la tension artérielle maxima descend, en peu de temps, de plus d'une division et demie et lorsqu'elle coïncide avec une

tachycardie à plus de 110 et une tachypnée à plus de 30, la malade doit bénéficier d'une évacuation de l'utérus dans les plus brefs délais.

Nous avons rapporté (Obs. 6) l'observation d'une femme chez laquelle ce fut non pas la diminution de la tension maxima, mais l'immense écart entre cette tension (16) et la tension minima (4) qui attirait l'attention. Il s'agissait d'une aortique dont les signes vasculaires périphériques étaient d'une intensité telle qu'ils faisaient craindre des accidents proches. Son cœur était un peu augmenté de volume et deux mois avant terme on déclancha le travail. Vingt-quatre heures après la mise en place d'une bougie de Trillat elle accoucha d'un enfant de 1.920 grammes qui se portait très bien à deux ans. Les suites immédiates furent heureuse mais, enceinte à nouveau 16 mois plus tard, elle mourut subitement trente jours après un avortement thérapeutique nécessité par la gravité de son état.

Les accidents que nous avons envisagés dans chacun des paragraphes précédents peuvent survenir à n'importe quel moment des trois derniers mois de la grossesse. Il leur arrive ainsi de poser le problème de l'intervention avant la date à laquelle le fœtus est vraiment viable.

En pratique, il importera, comme le pense Séjourné, d'essayer par tous les moyens de prolonger la grossesse jusqu'à 7 mois $\frac{1}{2}$ au moins. Si la malade est vue précocement, il faut un certain temps pour juger de l'évolution de la cardiopathie sous l'influence du traitement et même dans l'éventualité d'accidents aigus la tempori-

sation est rendue légitime par le fait qu'il est toujours nécessaire d'attendre que le cœur ait surmonté sa défaillance, avant de songer à faire subir à la malade le traumatisme obstétrical si bénin qu'on puisse le rendre.

Dans une seule de nos observations (Obs. 6) le déclanchement du travail fut décidé plus d'un mois avant terme. Dans les autres, même les plus graves, on s'était résolu à attendre une époque qui permette d'obtenir un enfant dans de bonnes conditions. Ce fut, en particulier, le cas de deux malades qui présentaient cependant des signes très graves d'asystolie progressive (Obs. 5 et Obs. 8) et chez lesquelles l'intervention ne fut respectivement décidée qu'à vingt-huit jours et un mois du terme.

Malgré la date relativement tardive à laquelle ils furent ainsi observés, les résultats obtenus chez les cardiaques se traduisent du point de vue obstétrical par un déclanchement assez difficile du travail, qui se prolongea une fois 24 heures et une autre fois 48 heures (Obs. 1 Obs. 8).

Le travail lui-même dépassa souvent les délais normaux atteignant dans les mêmes observations 22 et 24 heures. Cela est un argument entre beaucoup d'autres pour les partisans des méthodes chirurgicales sur lesquelles nous reviendrons dans la suite de notre exposé.

Nous avons vu que du point de vue maternel, les suites dépendaient essentiellement de la nature de l'affection en cause ; du point de vue fœtal on peut considérer que les prématurés nés de mères cardiaques ne présentent pas de débilité particulière (Obs. 1, Obs. 3, Obs. 4, Obs. 6, Obs. 8).

TUBERCULOSE (1)

1° Méningite tuberculeuse.

Il ne saurait être question dans la méningite tuberculeuse de l'intérêt de la mère, à coup sûr condamnée.

Du point de vue fœtal, Chambrelent fut un des premiers à insister sur la nécessité de provoquer l'accouchement car, disait-il, les femmes atteintes de cette affection meurent non accouchées.

Cette proposition n'a pas une valeur absolue, Couvelaire et Lacomme ont noté, sur 17 observations de méningite tuberculeuse, trois cas où la grossesse s'interrompit spontanément. Nous avons, nous-même, eu l'occasion récente d'observer dans le service de M. Voron, un cas semblable. Il s'agissait d'une femme chez laquelle l'accouchement n'avait pas encore été provoqué en raison du faible volume de l'enfant et qui expulsa spontanément celui-ci à sept mois et demi. Malgré de telles exceptions, il reste exact que l'on ne doit pas compter sur l'évacuation de l'utérus avant la mort de la malade.

On peut discuter davantage sur l'avenir des enfants. Chambrelent pensait qu'ils ne mouraient que par « défaut de déclenchement du travail », et quelques auteurs, comme Fruhinsholz et Grosse, ont rapporté des obser-

(1) Début des observations page 145, obs. LXVIII.

vations d'enfants nés de femmes atteintes de méningite et vivants à 7 et 10 ans. Néanmoins, le pronostic ne doit pas être considéré comme très favorable et, après Bonnaire et Mercier, MM. Couvelaire et Lacomme insistent sur les dangers qu'ils courent dans un avenir immédiat ou plus ou moins éloigné.

« Pour ne retenir que des faits indiscutables, déclarent-ils, nous n'avons qu'à rappeler que sur un total de 17 fœtus ou enfants nés de mères atteintes de méningite tuberculeuse, et dont cinq seulement ont été complètement examinés après leur mort, on relève trois cas d'infection tuberculeuse congénitale avec lésions. Il est difficile d'admettre qu'il y ait là une simple coïncidence ».

Toutes réserves étant ainsi faites sur les résultats à longue échéance qui pourront résulter de l'interruption de la gestation, la légimité de l'intervention n'est cependant discutée par personne. La conduite à tenir est des plus simples : « Lorsque la méningite tuberculeuse évolue après le septième mois de la grossesse, écrivent MM. Gaujoux et Boissier, aussitôt le diagnostic établi d'une façon certaine, si l'enfant est viable, il est nécessaire d'intervenir. »

Couvelaire et Lacomme insistent de leur côté sur la nécessité d'intervenir précocement, car le seul cas dans lequel les examens bactériologiques, qu'ils ont fait pratiquer, sont restés négatifs, concerne un enfant dont la mère avait accouché avant d'avoir extériorisé ses signes de méningite.

L'observation que nous rapportons a été publiée à la Société d'Obstétrique de Lyon par MM. Voron, Pigeaud

et Pizzera et citée dans l'article de Gaujoux et Boissier. Nous rappelons qu'il s'agissait d'une femme ayant eu une pleurésie au commencement de sa grossesse, et dont les premiers accidents méningés se manifestèrent sous forme de céphalées à la fin du huitième mois. Dès le diagnostic posé, le déclanchement du travail fut décidé. Il traîna en longueur, et se termina par l'expulsion d'un enfant de 2150 grammes. Cet enfant mourut au cours de son deuxième mois et son autopsie montra l'existence d'une granulie pulmonaire. Cette granulie fut reproduite expérimentalement chez des cobayes auxquels on avait inoculé des ganglions trachéobronchiques, prélevés à l'autopsie.

2° Tuberculose pulmonaire.

La question si âprement controversée de l'interruption de la gestation au cours de la tuberculose pulmonaire ne se pose vraiment qu'au cours des tous premiers mois.

Au cours des derniers, l'amélioration du pronostic maternel ne peut plus être escomptée.

Du point de vue fœtal, comme dans la méningite tuberculeuse, le problème de l'avenir éloigné des enfants reste pendant. Nous ne voulons pas entrer à nouveau dans sa discussion, il nous suffira de rappeler que cet avenir ne doit être considéré ni comme trop défavorable, comme les premières statistiques des maternités spécialement affectées aux tuberculeuses avaient pu le faire penser, ni comme trop favorable, ainsi qu'on avait pu

le croire au moment où furent enregistrés les premiers bons résultats donnés par la séparation de la mère et de l'enfant.

Sans intérêt pour la mère, sans bénéfice certain pour l'enfant, l'accouchement provoqué ne saurait être indiqué dans les formes légères ou moyennes de tuberculose pulmonaire. Il devient cependant, dans certains cas, et toutes nos observations à l'exception d'une seule visent ces cas, une question de nécessité, voire d'humanité. Nous voulons parler des formes suraiguës (Obs. 2, Obs. 3, Obs. 6,) ou granuliques (Obs. 1, Obs. 5) souvent accompagnées de laryngite (Obs. 1) dans lesquelles l'intensité des signes fonctionnels, et en particulier, de la dyspnée, engageant à provoquer l'évacuation utérine au moment où l'enfant est viable et encore vivant. Le problème se pose ici, comme dans les méningites tuberculeuses où, tout espoir étant perdu pour la mère, la vie de l'enfant, si précaire soit-elle, est seule en cause.

La fréquence d'une telle éventualité n'est d'ailleurs pas très grande : de une pour 10.000 accouchements dans notre statistique, elle est assez voisine de la proportion que donne Gernez avec un seul accouchement provoqué pour tuberculose pulmonaire sur un ensemble de 11.646 accouchements. Cela tient en grande partie au fait que, contrairement à ce qui se passe dans les méningites, l'accouchement prématuré se fait généralement de façon spontanée dans les formes graves de la tuberculose pulmonaire.

Quoiqu'il en soit, lorsqu'elle se pose, l'indication d'intervenir dans de telles conditions est assez bien illustrée par l'exemple de l'une de nos malades (Obs. 6) adressée

à la Maternité par un Service de voies respiratoires voisin avec l'indication d'une césarienne « post mortem ».

Ce sont des moribondes que nos observations rapportent dans cinq cas sur six et les suites sont catastrophiques : trois de ces femmes meurent dans les huit premiers jours, une quitte rapidement le service dans un état désespéré et la cinquième finit par succomber au bout de deux mois. La seule exception a une évolution aussi sombre concerne une femme (Obs. 4) chez laquelle le diagnostic de tuberculose pulmonaire n'avait été fait qu'au huitième mois de la gestation. On décida de la soustraire à l'influence de sa grossesse au voisinage du terme ; l'enfant paraissant d'un poids suffisant pour être viable.

L'accouchement fut provoqué par moyens médicamenteux et donna naissance à une fille de 2770 grammes, qui se développe correctement à un an. Cette observation, dans laquelle les suites maternelles immédiates furent satisfaisantes, est aussi la seule où les suites infantiles furent bonnes. Parmi les cinq autres enfants en effet, trois sont morts, deux le jour même de leur naissance, malgré des poids satisfaisants (3100 et 2350 grammes) et le troisième à dix-huit mois ; des deux restants, l'un n'a pu être suivi, il pesait 2 kilogs à sa naissance et il est probable qu'il est mort car nous n'avons pas retrouvé son dossier, le deuxième confié à l'Assistance Publique a présenté un développement très irrégulier, son état étant relativement satisfaisant cependant à l'âge de 20 mois.

OBSERVATIONS DIVERSES (1)

Nous avons recueilli un certain nombre d'observations que nous n'avons pu classer dans les chapitres précédents.

A) L'une de ces observations (Obs. 2) ressemble étrangement à celle d'une pyélite gravido-toxique. Elle rapporte un syndrome très grave de vomissements, prolongés et intenses, apparus très précocement avec augmentation considérable du taux de l'urée sanguine (2 gr. 50 %). L'accouchement provoqué cinq jours après l'entrée à l'Hôpital ne permit de sauver ni la malade qui mourut d'ictère grave en une semaine, ni l'enfant pesant 1760 grammes qui ne tarda pas à succomber. Cette observation de vomissements des derniers mois, la mort de la malade mise à part, s'apparente à celle publiée par MM. Delmas, Battle et Zakhajuin à une séance récente de la Société d'Obstétrique de Montpellier au cours de laquelle ces auteurs ont rappelé un certain nombre de faits analogues (Brindeau, Anderodias et Balard, Pery, Gilis et Gaujoux).

B) Deux observations concernent des femmes ayant manifesté un syndrome d'insuffisance hépatique au cours de la grossesse.

(1) Début des observations page 123, obs. LXXV

La première (Obs. 4) nous rapporte l'histoire d'une malade dont les accidents remontaient à une violente crise de coliques hépatiques.

Peu à peu on voit s'installer chez elle une déficience de plus en plus marquée de l'état général avec grosse élévation du coefficient de Maillard et acétonurie. Quinze jours avant terme, en raison de l'intensité de l'amaigrissement, on provoque l'accouchement : il donne d'excellents résultats maternels et fœtaux.

La deuxième (Obs. 5) concerne une malade dont les accidents ne présentèrent pas un caractère de gravité bien considérable. A localisation surtout hépatique, ils furent aussi rénaux avec colibacillurie sans pyurie. L'accouchement fut provoqué onze jours avant terme, et donna des suites immédiates satisfaisantes, tant du point de vue fœtal que maternel.

C) Une observation (Obs. 1) concerne un accouchement provoqué pour misère physiologique avec un tableau complexe comprenant une hépatomégalie, des œdèmes malléolaires et une albuminurie très élevée. La malade était arrivée à un degré d'amaigrissement et d'anorexie extrêmes. On déclancha l'accouchement trois semaines avant terme ; il se termina par l'expulsion d'un enfant de 2.650 grammes dont nous avons pu retrouver l'existence sept mois après, à sa sortie de la nourricerie où il avait été adressé. Les suites maternelles immédiates furent excellentes.

D) La dernière de ces observations atypiques (Obs. 3) relate l'histoire d'un néoplasme du corps thyroïde réci-

divant et donnant une pluie de métastases médiastinales et craniennes. En raison de l'évolution qui semblait devoir être fatale à brève échéance, on déclancha l'accouchement une dizaine de jours avant terme pour sauver l'enfant. Celui-ci mourut malheureusement trois mois après avec un syndrome de cyanose et de vomissements et son autopsie ne put être pratiquée.

Les techniques d'interruption de la grossesse

Les moyens d'interrompre la gestation au cours des derniers mois, ont fait l'objet d'une multitude de travaux dont M. Hauch a retracé il y a peu de temps l'histoire dans une leçon à la Clinique Tarnier. Nous ne voulons pas reprendre ici l'énumération de tous les procédés qui ont pu être, ou qui sont encore mis en œuvre pour la provocation de l'accouchement : nous laisserons ainsi de côté les moyens physiques qui ont été en honneur autrefois et dont Fulconis, dans une communication récente, préconise à nouveau l'emploi avec une formule nouvelle.

L'apparition des procédés médicamenteux, la vulgarisation de la césarienne basse sont les deux faits les plus saillants parmi les acquisitions nouvelles dans le domaine que nous abordons. Nous y attacherons notre attention après avoir étudié rapidement les procédés classiques : nous voulons dire ceux qui font appel à l'excitation mécanique de l'utérus.

I. — MOYENS MÉCANIQUES

a) Les Ballons.

Le ballon de Champetier de Ribes est bien connu. Il est employé très fréquemment en France et Sulim Cat déclare, non sans un certain excès de généralisation, dans les conclusions de sa thèse, que c'est la seule méthode d'accouchement provoqué utilisée actuellement.

Une des principales difficultés auxquelles se heurte l'emploi des ballons pour le déclanchement du travail, est leur introduction délicate et malaisée à travers les cols étroits et rigides des primipares.

D'autres inconvénients importants doivent être encore signalés. Waters (1) faisant tout récemment la critique de 372 observations dans lesquelles fut utilisé le ballon de Vorhees, modification du ballon de Champetier, rapporte dans sa statistique 29 procidences du cordon et 7 procidences d'un bras. Les membranes se sont rompues souvent prématurément et des mutations de présentation ont été notées dans un cas sur dix environ (34 cas). En outre, les ballons peuvent être nuisibles à l'intégrité du col et du segment inférieur et leur usage peut augmenter le risque d'infection.

(1) Parmi les indications médicales relevées dans la statistique de cet auteur, nous notons 72 cas de prééclampsie, 65 néphrites, 17 cardiopathies, 11 syphilis, 6 hypertensions, 3 pyélites.

Waters conclut que le ballon ne doit être employé que prudemment et au voisinage du terme seulement lorsque le col est suffisamment souple et ramolli. On doit prendre garde en l'introduisant de ne pas rompre les membranes.

Cette opinion n'était pas celle de Plauchu (1) qui a publié ses résultats dans la thèse de Marcakis et considérait cette méthode comme ne le cédant en rien aux autres méthodes de provocation du travail.

b) Les Bougies.

C'est en 1855 que Krause préconisa pour déclancher l'accouchement, l'emploi d'une « sonde » qui était déjà utilisée avant lui par Mampe et par Lehmann suivant Hauch.

La bougie de Krause telle qu'elle est utilisée dans les services lyonnais est une bougie en gomme correspondant au numéro 18 ou 20 de la filière Charrière, avec pointe mousse et talon un peu élargi. Sa qualité essentielle est d'être suffisamment souple pour contourner les obstacles ou se plier devant les résistances auxquelles elle peut se heurter.

Elle a subi plusieurs modifications. Guillermin avait déjà fait élargir son diamètre. Magos a fait établir une bougie de 31 cm. $\frac{1}{2}$ de long, dont le diamètre est égale-

(1) On y trouve 7 interruptions de la grossesse de cause médicale : une tuberculose pulmonaire, une tuberculose rénale, 2 cardiopathies, 1 albuminurie, 1 anémie.

ment plus considérable avec un talon large de 24 mm. Townend se sert, pour provoquer le travail, d'une bougie qu'il dit être la bougie œsophagienne de Jacques.

M. Trillat a imaginé des bougies assez différentes du type classique (fig. p. 353).

La première, dont la description initiale se trouve dans la thèse de Mme Vansteenberghé a été légèrement modifiée depuis. Mesurant 20 cm. de long, d'un diamètre de 16 mm. environ, l'une des extrémités est effilée en un cône dont la longueur est de 4 cm. ; son talon est constitué par un élargissement formant bourrelet dont le diamètre est de 2 cm.

A cette bougie, s'oppose un second modèle dont la forme rappelle par son profil celui d'un clou. Beaucoup plus courte, beaucoup plus large, faite du même caoutchouc que le modèle précédent, très souple, elle mesure 14 cm. de long sur 2 cm. de diamètre à sa partie moyenne. Son extrémité effilée est plus trapue que celle du premier modèle, et la hauteur du cône qu'elle représente ne mesure que 2 cm. $\frac{1}{2}$. Son talon plus saillant est déprimé par une gouttière circulaire : à ce niveau son diamètre est de 3 cm. Pour les malades dont le col n'est pas suffisamment dilaté pour laisser passer une bougie des dimensions de celle que nous venons de décrire, M. Trillat a fait construire un modèle exactement semblable quant à la longueur et à la forme générale, mais dont les dimensions transversales sont très réduites avec un diamètre de 8 mm. à sa partie moyenne.

La mise en place des bougies peut être schématisée par la description qu'en donne M. Voron dans la thèse de Pelletier :

« Une femme à qui on doit introduire une bougie, est mise en surveillance dans le service la veille au moins ». « Elle subit une toilette vulvaire soigneuse, avec ébarbage des poils pelviens et périnéaux. La préparation comporte également un lavage soigneux à la solution iodo-iodurée de Tarnier. » Une heure après une nouvelle injection vaginale antiseptique, le lendemain, la femme est mise en position obstétricale. On fait l'asepsie vulvaire et avec deux doigts gantés et soigneusement lubrifiés au savon liquide, « on va à la recherche du col utérin et on introduit la pulpe de l'index dans le col, de manière à amarrer solidement celui-ci.

« Les deux doigts vaginaux forment de la vulve au col, une gouttière dans laquelle on glisse doucement la pointe de la bougie qui pénètre ainsi dans le col en suivant le doigt guide.

« La pointe de la bougie atteint alors l'espace virtuel entre les membranes et la paroi utérine : prudemment, on la pousse à l'intérieur de la cavité entre l'œuf et la paroi. L'introduction doit être facile et totale de manière que le talon de la sonde soit avalé par le col.

« Avec un peu d'habitude, on arrive très bien à avoir la notion des résistances que rencontre la bougie : plicature des membranes, ou zone adhérentielle, bord latéral du placenta.

« A la moindre sensation de résistance, il faut s'arrêter, retirer la bougie et la réintroduire d'un autre côté. Ainsi, on évite la rupture des membranes, et le décollement du placenta. »

La technique de M. Trillat lorsqu'il emploie ses bougies courtes, consiste, après avoir choisi celle dont le

diamètre convient aux dimensions du col, à la pousser directement dans la cavité utérine sous le contrôle de la vue, après avoir mis en place une valve sur la paroi postérieure du vagin. On saisit le col avec une pince de Museux et parfois, même sans cette précaution, on enfonce la bougie dans son orifice, sans se préoccuper de la direction qu'elle prend ; la faible longueur de l'instrument évite tous les risques, celui de la rupture des membranes mis à part (mais M. Trillat est loin de considérer cette rupture comme un désavantage).

La plupart du temps, les bougies peuvent être introduites sans qu'il soit besoin de recourir à l'anesthésie générale, une simple bouffée de chlorure d'éthyle suffirait d'ailleurs dans les cas où cette anesthésie est indiquée par la résistance des parties molles ou la pusillanimité des malades.

Il est en général également inutile de faire suivre leur mise en place d'un tamponnement vaginal à la gaze simple ou iodoformée comme on a pu le recommander, un simple pansement vulvaire aseptique suffit.

Les inconvénients attribués à la bougie se résument :

1° à l'*infection* dont nous n'avons rencontré que trois cas, à la réalité très bénins, sur 56 accouchements où la bougie a été employée. Le plus grave d'entre eux s'est traduit par une endométrite dont les manifestations thermiques ne durèrent pas plus d'une semaine.

2° aux *hémorragies* : il est rare qu'elles soient importantes. Signalées tout spécialement par Vuillermoz et par Robinson, nous n'en avons rencontré dans aucune des observations que nous rapportons.

3° à la rupture des membranes : si certains auteurs ne voient là aucun danger, la plupart en font une cause d'infection. Nous avons établi dans quelle proportion ce risque s'est réalisé dans nos observations.

Sur 33 cas où la bougie de Krause a été employée, deux fois seulement, la date de rupture des membranes ne nous est pas connue.

Dans les autres cas, mises à part quatre ruptures artificielles, nous notons :

Rupture immédiate	2 cas
Après une demi-heure	2 —
Après 1 heure	3 —
Entre 1 et 6 heures	7 —
Entre 6 et 24 heures	8 —
Plus de 24 heures	5 —

Avec les bougies de Trillat, tout au moins dans leur première manière, car ce furent les seules utilisées dans nos observations, dans deux cas encore la date de rupture n'a pu être relevée. Sur les 18 cas restants, nous n'avons pas trouvé une seule fois de rupture des membranes au moment de l'introduction de la bougie. Mises à part cinq ruptures artificielles, ces cas se décomposent de la façon suivante :

Rupture immédiate	0
En moins d'une heure	2 cas
(dans ces deux cas le travail s'est déclanché immédiatement).	

Entre 1 et 6 heures	2 —
Entre 6 et 24 heures	7 —
Plus de 24 heures	2 —

4° Le reproche le plus important que l'on peut adresser aux bougies est celui que Oui leur faisait déjà, il y a plus de 40 ans, nous voulons parler de la *lenteur du déclanchement du travail*. La facilité de ce déclanchement varie avec le degré de parité, l'éloignement du terme et la nature de l'affection en cause.

Nous avons établi sa durée respective, pour les bougies de Krause et pour les bougies de Trillat.

	<i>Bougies de Krause</i>	<i>Bougies de Trillat</i>
Immédiat	4	4
Moins de 6 heures	11	12
Entre 6 et 12 heures ..	4	2
Entre 12 et 24 heures ..	5	1
Plus de 24 heures	5	1
	29	20

(4 inconnues)

Nous devons préciser que nous avons donné ici, des chiffres correspondant à la durée du déclanchement calculée à partir du moment où a été introduite la dernière bougie lorsque plusieurs bougies ont dû être introduites successivement (ce qui s'est produit une fois avec la Bougie de Trillat et une fois avec la Bougie de Krause).

En ce qui concerne *la durée du travail* lui-même, nous notons :

	<i>Bougies de Krause</i>	<i>Bougies de Trillat</i>
Moins de 6 heures	13	5
Entre 6 et 12 heures ...	9	6
Entre 12 et 24 heures ..	10	7
Plus de 24 heures	1	2
	33	20

L'éloignement du terme enregistré au moment de l'utilisation de l'une et de l'autre de ces bougies était le suivant :

	<i>Bougies de Krause</i>	<i>Bougies de Trillat</i>
Terme	4	3
Deux dern. semaines ..	9	5
Troisième et Quatrième semaine avant terme ...	12	7
Huitième mois	8	5
	33	20

En outre on relève :

12 primipares dans les cas où fût utilisée la bougie de Krause.

7 primipares dans les cas où fut utilisée la bougie de Trillat.

Les chiffres que nous venons d'énoncer traduisent des résultats satisfaisants dans leur ensemble. Comme M. Rhenter le notait déjà en 1922, à propos de l'accouchement provoqué dans le traitement des dystocies pelvien-

nes, les accidents immédiats sont rares avec les bougies, les risques d'infection faibles et la critique la mieux fondée à leur égard resterait la lenteur de leur action.

c) La Rupture des Membranes.

La rupture des membranes est un procédé d'accélération du travail presque aussi ancien que l'obstétrique elle-même. Hauch, rapporte que, dès le 18^e siècle, elle était utilisée pour déclancher l'accouchement.

Après avoir subi une longue éclipse, en raison des risques d'infection qu'elle comporte, il semble qu'elle connaisse actuellement un regain de faveur.

Alors que les méthodes médicamenteuses ont été d'abord utilisées pour provoquer l'accouchement lorsque les membranes s'étaient rompues spontanément, il arrive que l'on rompe les membranes en même temps que l'on utilise les moyens médicamenteux pour rendre l'utérus plus sensible à leur action.

Reis, dans une très importante étude comparative des différents moyens de provoquer le travail (huile de ricin seule — huile de ricin-quinine — huile de ricin-pituitrine — huile de ricin pituitrine et quinine) conclut que *quelle que soit la méthode utilisée, elle est rendue plus efficace par la rupture des membranes*. Toutefois, le même auteur reconnaît que la morbidité est plus grande lorsqu'on utilise cette méthode.

Rabau, insiste de même sur le fait que l'action de l'orasthin est augmentée lorsque la poche des eaux est rompue.

Plass et Seibert ont une expérience considérable de la rupture de la poche des eaux qu'ils ont utilisée 688 fois comme moyen de déclenchement du travail. Sept fois seulement ils l'ont employée isolément, dans la moitié des cas restants, ils l'associèrent à l'huile de ricin et à la quinine et dans l'autre moitié à l'extrait post-hypophysaire.

Leurs résultats sont dans l'ensemble satisfaisants, puisque le travail a duré moins de 6 heures chez 353 femmes, et n'a dépassé 30 heures que dans 13 cas.

Il est à noter toutefois que les femmes chez lesquelles le travail fut déclenché étaient presque toutes à terme ou au voisinage du terme.

On relève parmi les accidents 5 procidences du cordon, ce qui ne paraît pas excessif eu égard au grand nombre des femmes (335) chez lesquelles la méthode fut employée alors que la présentation était encore mobile.

Dans la discussion du travail de Plass et de Seibert, Leighton Conn a rapporté une statistique de 94 cas semblables, dont 48 furent pratiqués sur l'existence d'un syndrome prééclamptique. L'auteur estime que la rupture des membranes ne saurait être utilisée chez les primipares où le travail risque de se prolonger trop longtemps, ni chez les femmes dont la présentation est encore mobile.

Bachmann au cours de la même discussion a insisté sur le fait que, si à terme la rupture des membranes associée aux moyens médicamenteux est légitime et efficace, elle est loin, comme l'a montré Berger, de posséder la même efficacité lorsqu'on l'utilise à une date plus précoce au cours de la grossesse.

Pour éviter les inconvénients de la rupture des membranes, Smythe a proposé de les ponctionner avec un trocart spécial qui permet d'aller assez haut au contact de l'œuf et ne produit pas de solution de continuité au point déclive. M. Hauch, de son côté, afin d'éviter les procidences du cordon, recommande la position de Trendelenbourg.

Nous n'avons pas d'expérience personnelle de la rupture systématique des membranes. Nous pouvons remarquer simplement que dans les cas où les membranes se sont rompues immédiatement après l'introduction d'une bougie de Krause ou de Trillat, le début des douleurs est survenu très rapidement. Si nous leur ajoutons ceux où la rupture s'est produite dans la première heure qui a suivi, nous notons :

2 déclanchements au bout de quelques heures,

6 déclanchements de moins de 6 heures,

1 déclanchement de plus de 6 heures et de moins de 10 heures.

Résultats remarquables si l'on considère qu'à 5 reprises sur ces 9 cas, le terme était éloigné d'au moins 30 jours.

d) **Le décollement du pôle inférieur de l'œuf.**

Cette méthode, préconisée par Hamilton il y a beaucoup plus d'un siècle, a été condamnée par plusieurs auteurs, en particulier par Devraigne qui lui reproche de nécessiter souvent l'anesthésie générale et de risquer d'ouvrir l'œuf.

Elle peut être employée isolément ou être combinée à une autre méthode. MM. Voron, Pigeaud et Brochier la recommandent comme temps préparatoire à l'introduction des bougies. On peut de même l'utiliser en complément des moyens médicamenteux ; elle offre toutefois ici le désavantage d'introduire un temps obstétrical dans un procédé dont le principal mérite est justement de ne pas en comporter.

Nous avons relevé son utilisation en association :

- 1 fois avec la bougie de Krause,
- 3 fois avec la bougie de Trillat,
- 7 fois avec des moyens médicamenteux.

Dans ces sept derniers cas, dont le nombre est à peine suffisant pour se former une opinion, nous avons remarqué qu'à plusieurs reprises le décollement semble avoir eu d'heureux effets sur le déclenchement du travail. Trois fois en effet il parvint à provoquer les premières douleurs alors que les méthodes médicamenteuses utilisées la veille et non renouvelées avaient échoué. Nous notons que la durée la plus longue du déclenchement au cours de ces sept cas, fut de 10 heures.

II. — MOYENS MÉDICAMENTEUX

Il n'est pas dans nos intentions de rappeler ici, comment, d'une part, à la suite de l'étude de la physiologie de la contraction utérine (à laquelle a été consacrée en particulier la thèse inaugurale de M. Rhenter) d'autre part, à la suite des acquisitions récentes de l'endocrinologie, toute une série de méthodes médicamenteuses destinées à provoquer l'accouchement, ont été préconisées.

L'association de l'hypophyse à différents autres ocytociques est à l'origine de toutes ces méthodes.

Nous laisserons de côté l'association hypophyse-pilocarpine qui constitue le couple excitateur de la contraction utérine de Fabre : ses résultats ont été étudiés dans la thèse d'Astier puis, à propos de la rupture prématurée spontanée des membranes, dans celle de Denise.

Nous laisserons également de côté, pour n'en point avoir l'expérience, l'association thymophsine-hypophyse utilisée par de nombreux auteurs allemands, Bardenheuer en particulier.

Plus récemment l'adjonction à titre de moyen préparant de la folliculine à l'hypophyse, a fait l'objet de nombreux travaux.

L'imprégnation folliculinique semble tout spécialement intéressante lorsqu'on veut provoquer l'évacuation d'un œuf mort, ainsi que l'ont noté MM. Voron, Brochier et Contamin.

Elle peut être également employée dans l'accouchement provoqué, l'enfant étant vivant ; nous citerons à ce sujet les communications de Gernez, de Cambon et Plasse, de Verdeuil, et surtout le travail très remarquable que vient de lui consacrer Paul Bucher. Or Bucher estime que le procédé qu'il a utilisé dans les cas de dystocie pelvienne ne saurait être recommandé lorsqu'il existe une indication médicale d'intervenir. Sa technique réclame un délai moyen de 36 heures d'imprégnation folliculinique avant l'utilisation des moyens proprement destinés à déclancher le travail, et c'est là, on le devine, une contre-indication formelle lorsque survient quelque accident médical exigeant en principe un résultat rapide.

Ainsi, arrivons-nous à *limiter notre étude à l'association de l'hypophyse avec la quinine et l'huile de ricin.*

Stein et Watson ont été les premiers à utiliser cette méthode, leur procédé a rapidement connu un succès considérable aux Etats-Unis.

Il nous suffira de citer la statistique personnelle de Mathieu et Martin Sichel, qui, en 1931, ont rapporté 320 cas dans lesquels ce procédé a été utilisé, pour donner une idée de ce succès.

En Europe, M. Hauch a précisé, en 1930, la méthode qu'il utilise :

La malade est mise à jeûn la veille.

A 7 h. du matin, le lendemain, on donne 30 grammes d'huile de ricin ;

A 8 h., 10 centigrammes de quinine et une injection de 2 unités de post-hypophyse.

A 9 h., on recommence et on donne un lavement si la purgation n'a pas entraîné l'évacuation intestinale.

D'heure en heure, on administre ensuite 10 centigrammes de quinine et 2 unités de post-hypophyse, jusqu'à dix reprises depuis le début de la tentative de provocation.

Si les contractions utérines ne surviennent pas, il faudra recommencer le lendemain, mais en augmentant les doses de pituitrine à 3, 4 et même 5 unités pour chacune.

Des procédés semblables sont adoptés par Brémond, Roger Fournier, La Haye et Peters, et par Reiles, ce dernier auteur intercale un bain chaud entre l'administration de l'huile de ricin et la première injection d'hypophyse.

MM. Rhenter et Josserand ont décrit en 1933, la technique utilisée à la maternité de la Croix-Rousse et calquée d'ailleurs sur celle de M. Hauch ; plusieurs de nos observations en ont relaté l'emploi :

Après une diète hydrique de 24 heures, on donne :

A 4 h. 30 du matin, une cuillerée à soupe d'huile de ricin.

A 5 h. 30, 1 cachet de 30 centigr. de sulfate de quinine.

A 6 h. 30, 1 injection de 2 unités de post-hypophyse.

A 9 h. 30, 30 centigr. de quinine.

A 10 h. 30, 2 unités de post-hypophyse.

A 11 h. 30, 30 centigr. de quinine.

A 12 h. 30 et à 13 h. 30, deux nouvelles injections de post-hypophyse.

MM. Rhenter et Josserand font remarquer que la mise en train du travail est plus courte avec ce procédé qu'avec la bougie, telle que son emploi figurait dans une très importante statistique de dystocie pelvienne colligée par M. Rhenter. La durée du travail par rapport à celle relevée dans la même statistique a été également raccourcie. Dans les cas où la méthode échoue, il s'est néanmoins produit une sorte de « travail secret » qui facilite l'action des moyens mécaniques employés ultérieurement.

La méthode employée dans le service de M. Voron, dont nous avons rapporté de nombreuses observations, a été décrite par MM. Voron, Pigeaud et Brochier, et plus récemment par MM. Brochier et Rochet. Elle n'est pas très différente de celle de M. Rhenter.

Après jeûne et purgation semblables :

On donne à 7 h. du matin 2 cachets de 0 gr. 50 de quinine, et on prépare une solution de 10 unités de post-hypophyse diluée dans une quantité de sérum suffisante pour que le mélange ait un volume total de 10 cm³.

A 8 h., injection de 1 cm³ de la solution préparée.

A 9 h., 1 cachet de 50 centigr. de quinine.

A 10 h., injection de 1 cm³ de la solution.

A 11 h. et à midi, injection de 4 cm³ chaque fois de la même solution.

Les résultats de cette méthode, ont été étudiés dans la thèse d'Abraham Silmann. Il semble, d'après les conclusions de cet auteur, que l'efficacité du procédé soit assez constante à terme, et pendant les cinq jours qui précèdent ou suivent ce terme. Plus de cinq jours avant, on note 90 échecs pour 19 succès.

L'inconvénient majeur de la méthode médicamenteuse consiste, on le voit, dans l'inconstance de son activité pour peu qu'elle soit employée à une date éloignée du terme.

Nous avons relevé, pour notre part, 6 échecs complets de ce procédé et 2 échecs relatifs (avec obligation de l'utiliser à plusieurs reprises avant d'obtenir le résultat escompté).

Compte tenu de ces réserves, nos résultats s'expriment de la façon suivante :

I. — *Déclanchement du travail.*

Immédiat	4
De moins de 6 heures	2
De plus de 6 h. et de moins de 12 h.	2
Mal précisé, mais ne dépassant certainement pas 12 heures	5
De plus de 12 h. et de moins de 24 h.	1

II. — *Durée du travail.*

Moins de 6 heures	7
Entre 6 et 12 heures	3
Entre 12 et 24 heures	4

III. — *Date à laquelle ces résultats ont été acquis.*

Terme	3
Deux dernières semaines	4
Troisième et quatrième semaine avant terme	5
Cinquième semaine avant terme	2

A comparer ces chiffres avec ceux de Silmann, on s'aperçoit que la sensibilité à l'action des agents médicamenteux des malades atteintes d'une affection médicale semble beaucoup plus grande que celle des femmes présentant une dystocie pelvienne.

Hauch a déjà remarqué que « dans les cas de toxémie, il est relativement facile de provoquer l'accouchement » et Leighton Conn confirme cette opinion.

Ainsi, compte tenu de leur infidélité au cours des cinq dernières semaines, et de leur inefficacité avant, *il semble que les moyens médicamenteux soient capables de rendre des services plus réguliers lorsqu'une indication médicale se pose d'interrompre la gestation, que lorsque l'indication est tirée d'une cause mécanique de dystocie.*

Quelle que soit leur valeur, les moyens médicamenteux comportent cependant un certain nombre d'inconvénients qui résident dans la nature même des produits utilisés :

a) *La quinine* ne doit pas être considérée comme sans danger. Reis, que nous avons déjà cité, rappelle que Williamson a rapporté de nombreux cas d'intolérance maternelle à ce médicament, et que Gelhorn et Torland ont signalé des morts fœtales dues à son emploi.

Murray-Peshkins et Muller rappelant l'opinion de Meritshock et de Markowitch qui ont observé un cas semblable, ont montré (observation à l'appui) que la quinine peut entraîner de graves accidents de purpura hémorragique de nature allergique. Nous avons eu tout récemment l'occasion de vérifier cette affirmation. En effet, des manifestations du même ordre se sont produites dans le service de M. Voron à la suite de l'absorption de 20 centigr. de quinine. Elles sont survenues chez une diabétique dont on apprit, par la suite, qu'elle avait fait une cure de quinine quelques mois auparavant, en raison de troubles du rythme cardiaque. Cette femme, devenue enceinte, fut hospitalisée à un moment où l'enfant était déjà mort in-utéro et après divers incidents, on décida de provoquer l'expulsion du fœtus par les moyens médicamenteux. Le jour de leur emploi, on nota une ascension thermique à 38°, des gingivorragies et des hématuries qu'on ne sut à quoi attribuer jusqu'au moment où, une semaine après l'accouchement, en raison de l'évacuation de quelques caillots, on administra un cachet de 20 centigr. de quinine. Ce cachet déclancha des accidents de purpura hémorragique typique d'une gravité extrême avec un temps de saignement prolongé une heure et demie, et une coagulation plasmatique caractéristique. Des hémorragies s'installèrent de tous côtés, en particulier au niveau de la rétine où elles ont laissé des séquelles définitives.

La nature allergique et la responsabilité de la quinine dans cette affection qui guérit heureusement par la suite fut prouvée expérimentalement par les shocks que l'on put réaliser par des injections de quinine chez des la-

pins, préalablement sensibilisés par le sérum de cette femme (D^r Thiers).

Nous ne voulons pas exagérer la portée de cette observation, néanmoins, il nous a semblé intéressant, puisqu'elle concernait une malade atteinte d'une affection médicale, comme celles qui nous intéressent dans ce travail, de la citer à titre documentaire.

Les inconvénients de la quinine, de cet ordre ou d'un autre, n'ont pas échappé aux obstétriciens qui l'ont utilisée dans de larges proportions. Mathieu et Martin Sichel, dont nous avons rapporté plus haut l'importante statistique, déclarent catégoriquement que, plus ils vont, moins ils hésitent à augmenter les doses d'hypophyse et à diminuer celles de quinine. Ils se sont même passés complètement de cette dernière dans 120 observations et écrivent : « We feel, that it is better to do without it ». Cet avis est d'ailleurs partagé par Eastmann qui a suivi pareille abstention dans 60 cas et qui recommande de toutes façons de n'utiliser que des doses très faibles de quinine.

b) *L'hypophyse*. Nous ne voulons pas citer tous les accidents qui étaient dus à l'hypophyse à un moment où son dosage n'était pas rigoureusement établi.

Du point de vue qui nous intéresse, le plus gros reproche que l'on puisse faire à l'hypophyse est d'être théoriquement contrindiquée dans les toxémies gravidiques hypertensives ou œdémateuses. Il est inutile de rappeler ici comment à la suite des travaux de Cushing et de ceux d'Anselmino et Hoffmann, la relation entre le dysfonctionnement du lobe postérieur de l'hypophyse et les néphropathies avec ou sans éclampsie, a été établie.

L'ultrafiltrat de sang de femmes enceintes atteintes de ces affections détermine, comme les injections de lobe postérieur d'hypophyse, une inhibition de la diurèse et une augmentation du taux de la tension artérielle chez les animaux en expérience. Fauvet montre même que l'hormone du lobe postérieur de l'hypophyse est susceptible de déterminer chez le rat des lésions de glomérulonéphrite avec albuminurie et cylindrurie.

De tout cela, et malgré certaines réserves récentes formulées par Lambert et par Van Bogaert et Van Baarle, il résulte qu'on ne doit pas logiquement utiliser des extraits post-hypophysaires chez les malades présentant une lésion rénale, tout spécialement les hypertendues et les œdémateuses.

Vermelin rapporte qu'il a ainsi involontairement provoqué une crise d'éclampsie chez une femme à laquelle il avait injecté dans un but ocytotique 1 cm³ d'extrait post-hypophysaire, et dont l'examen ultérieur des urines montra une albuminurie de 0,80.

Pareil accident est cependant rare et MM. Rhenter et Dardaillon ont publié l'observation d'une malade présentant une éclampsie confirmée chez laquelle la provocation du travail par 1 gr. 20 de quinine et 10 unités de post-hypophyse associées à 2 injections de spasmalgine, n'a déterminé aucun incident. De même, nous notons, dans plusieurs des cas que nous avons rapportés, l'utilisation d'extraits post-hypophysaires banaux, sans aucun accident chez des femmes présentant une hypertension pure (Obs. 2-4-5), ou associée à des œdèmes (Obs. 6).

Malgré l'inconstance des accidents observés, dont font

foi les exemples que nous venons de citer, les extraits post-hypophysaires totaux doivent être à l'heure actuelle d'autant plus volontiers abandonnés dans les toxémies gravidiques que des découvertes récentes mettent à notre disposition des produits dépourvus de principe hypertenseur.

A la suite des travaux de Kaam, Aldrich, Grote, Rowe et Rughee, on a en effet pu séparer le principe ocytotique du lobe postérieur de l'hypophyse (pitocin) du principe hypertenseur et de rétention hydrique (pitresin).

En Allemagne, des produits semblables ont été individualisés sous le nom d'Orasthin et de Tonephin. Holzbach, Kottlors et Irion ont montré tout spécialement l'absence d'action de l'Orasthin sur le système vasculaire.

Depuis ces premiers travaux, l'utilisation pratique de l'Orasthin en Obstétrique est devenue courante à l'étranger. Hans Hirsch déclare qu'avec elle, « l'accouchement prématuré provoqué a une marche meilleure qu'avec les autres préparations d'hypophyse, et qu'elle évite le traitement chirurgical à la plupart des malades atteintes de prééclampsie ».

Kustner, qui avait vu apparaître, du temps où il employait l'hypophysine, plusieurs crises éclamptiques avec ce produit, n'a jamais observé cet accident en utilisant l'orasthin, tout au moins en injections intramusculaires.

Une des meilleures illustrations de l'emploi des nouveaux produits ocytotiques se trouve dans la communication de M. Hauch au Congrès de l'Association des

Gynécologues et Obstétriciens de langue Française de 1937. Cet auteur a utilisé, en effet, une préparation danoise d'hypophyse sans action sur le système vasculaire dans 88 cas de toxémie, avec 76 réussites, et sans aucun accident. Nous avons eu nous-même l'occasion de vérifier tout récemment les heureux résultats de l'« Ocytormone ». M. Voron nous a permis de l'utiliser chez une de ses malades dont l'hypertension était des plus considérables. Cette femme présentait, en effet, une rétinite et une tension artérielle qui, d'abord de 30,5/16 se stabilisa à 27/14 après une semaine de repos et de traitement sévère. On déclancha chez elle le travail par 3 cachets de 25 centgr. de quinine et 5 injections de 3 unités chacune d'« Ocytormone » à deux heures d'intervalle. Après chaque injection, la tension artérielle prise par le même observateur, avec le même appareil n'accusa aucune variation, ni dans son chiffre, ni dans celui de l'indice oscillométrique.

Indépendamment du résultat excellent qui fut acquis du point de vue obstétrical chez cette primipare de 42 ans, dont les premières douleurs commencèrent après la troisième injection d'hypophyse, on ne peut que conclure à la complète innocuité du procédé utilisé.

III. — RACHIANESTHÉSIE

L'évacuation extemporanée de l'utérus, pratiquée suivant la technique de Delmas, peut constituer une méthode d'interruption de la grossesse, lorsque celle-ci est proche de son terme.

Les principes de cette intervention ont été maintes fois rappelés par son auteur.

Elle comporte essentiellement :

- a) l'exécution de la rachi-anesthésie ;
- b) l'exécution de la manœuvre de dilatation du col, qui comprend une étape digitale et une étape manuelle.
- c) l'extraction de l'enfant, lorsque la dilatation est achevée, soit par application de forceps, ce qui est rare, soit par version, ce qui est le cas le plus fréquent.

Cette méthode a pour elle l'immense avantage de la rapidité avec laquelle elle peut permettre l'évacuation de l'enfant. Elle trouve une de ses indications les plus manifestes dans les cas d'éclampsisme et d'hypertension. M. Delmas a rapporté à ce sujet plusieurs observations parmi lesquelles nous trouvons, en 1929, un cas d'éclampsisme et un cas de mort habituelle du fœtus.

Très rapidement, les observations semblables se multiplient :

MM. Balard et Mahon, sur 6 évacuations extemporanées, rapportent le cas d'une albuminurie gravidique

avec hypertension à 17/12 où la rachi-anesthésie permet d'extraire rapidement un fœtus de 1800 grammes.

M. Eparvier, sur 8 interventions selon la méthode de Delmas, en pratique une dans un cas de mort habituelle du fœtus et obtient un enfant vivant.

MM. Gonnet et Imbert vont même jusqu'à utiliser ce procédé chez une femme ayant une méningite à pneumocoques pour sauver l'enfant.

Les indications médicales, comme on le voit par ces quelques exemples pris parmi les premiers, ont pu trouver dans l'évacuation extemporanée de l'utérus, un moyen utile de réalisation.

La rachi-anesthésie comporte malheureusement un certain nombre d'inconvénients. Si elle est tout spécialement indiquée dans les néphropathies et l'éclampsie, puisqu'elle abaisse la tension artérielle et ménage le foie et les reins, ses contre-indications ne sont pas moins nettes.

Il sera prudent de s'en abstenir dans toutes les cardiopathies, car, ainsi que le note Meylan : « la labilité du système circulatoire fait de toutes les lésions cardiaques, une contre-indication beaucoup plus absolue chez la femme enceinte que chez celle qui ne l'est pas ».

Il sera également prudent de ne jamais l'employer dans les cas d'hypotension, et nous entendons par là toutes les malades dont la tension artérielle maxima est inférieure à 12. Pour citer à nouveau Meylan, on se gardera encore de la rachi-anesthésie dans les affections du système nerveux central, dans les insuffisances hépatiques, dans les azotémies, dans les anémies et dans les

affections aiguës. Même en utilisant la rachi-anesthésie avec prudence et sous réserves de ces contre-indications, il arrive que l'on puisse encourir le risque de voir la malade mourir subitement avant toute intervention.

Il en fut ainsi dans les deux observations rapportées par MM. Brochier et Ambre, et par MM. Cotte et Bansillon, que Bruno a réunies dans sa thèse.

Cette mort subite pourrait être expliquée par une susceptibilité bulbaire exagérée, créée par la grossesse et le travail.

En dehors des inconvénients communs à toute rachi-anesthésie, les manœuvres de l'évacuation extemporanée de l'utérus en comportent un certain nombre d'autres plus spéciaux : Tout d'abord, et M. Delmas y a insisté dès ses premières communications, elle ne peut être pratiquée à une date trop éloignée du terme. Ensuite, et d'assez nombreux auteurs en ont donné des exemples, elle peut être dangereuse pour le col et pour le segment inférieur. Enfin, l'évacuation extemporanée se termine obligatoirement par manœuvre obstétricale : forceps ou version, avec les risques inhérents à toute intervention de cet ordre.

De tout cela, on peut conclure avec Chavent : « dans l'accouchement prématuré provoqué, qui reste à Lyon une méthode thérapeutique souvent employée, l'usage systématique de l'anesthésie rachidienne suivie d'évacuation extemporanée de l'utérus ne nous paraît pas légitime ». « En effet, l'accouchement prématuré n'est véritablement sans danger pour le fœtus qu'autant qu'il

se termine spontanément. Généraliser l'emploi de la version, la rendre systématique, c'est multiplier les risques courus par l'enfant ».

L'opinion de Chavent semble assez bien correspondre à celle de nos Maîtres, puisque nous ne retrouvons aucun cas de rachi-anesthésie pratiquée dans le but de provoquer le travail parmi nos observations. Néanmoins, cette méthode peut se révéler précieuse comme l'a noté Henriët lorsque les moyens habituels de provoquer l'accouchement ont échoué. C'est le cas auquel faisait déjà allusion Chavent lorsqu'il écrivait : « il demeure bien entendu que si, au cours du travail déclenché par un procédé plus simple, bougie ou ballon, une complication grave survient, obligeant à précipiter la marche des événements, la rachi-anesthésie reprend tous ses droits ». Nous avons vu que, dans une circonstance semblable, M. Rhenter (Obs. pyél. 1) a obtenu un résultat excellent au cours d'une pyélite gravido-toxique dont le travail s'était déclenché de façon médiocre sous l'influence d'une bougie et traînait en longueur.

IV. — CÉSARIENNES

L'amélioration des techniques de l'hystérotomie tend de plus en plus à faire prendre aux méthodes chirurgicales une place importante parmi les procédés d'interruption de la gestation.

La réalisation possible de l'opération césarienne sous anesthésie locale lorsque survient une indication médi-

cale de vider l'utérus comporte un très gros intérêt. La rapidité de l'évacuation, et la garantie de sécurité qu'elle constitue indiscutablement pour l'enfant militent encore en sa faveur. Elle permet enfin, quand l'indication s'impose, de stériliser du même coup un certain nombre de malades.

On conçoit dès lors que la vogue de la césarienne se soit tout d'abord affirmée dans le traitement des *cardio-pathies*.

Nous avons vu quelles étaient les indications d'intervenir dans ces affections, et nous avons rappelé comment nombre d'auteurs, surtout américains, voient en elle un moyen d'éviter les accidents propres à la période de travail chez toutes les malades qui ont présenté au cours de la grossesse un épisode de défaillance cardiaque caractérisée.

Il s'en faut cependant que l'unanimité soit réalisée. Parlant des cardio-rénales, Frühinsholz et Beigbeder déclarent : « il n'apparaît pas que la césarienne, même sous anesthésie locale, ait de sérieux avantages » ; de même, Gellé considère que « les indications de la césarienne au cours des accidents gravidocardiaques sont exceptionnels ». Il apparaît utile de rappeler encore avec G. Hermann qu'aux risques propres à toute hystérotomie : risques d'infection, d'anesthésie et d'hémorragie, se surajoutent tout spécialement ici celui de l'embolie pulmonaire.

La technique de la césarienne varie avec les auteurs, nous ne voulons pas rappeler les inconvénients de la césarienne vaginale qui garde encore quelques parti-

sans, mais dont Mouton, dès 1926, énumère les graves inconvénients, au premier plan desquels se place, chez les cardiaques, l'obligation de la position gynécologique.

La césarienne abdominale est de beaucoup la plus utilisée.

La césarienne basse est le procédé de choix : c'est elle que Greenhill a utilisée au cours des cardiopathies qui représentent 3,3 % de l'ensemble des 874 cas qu'il rapporte dans sa statistique. Il ne semble pas cependant qu'elle soit toujours d'une exécution facile et rapide chez des femmes dont le segment inférieur est plus ou moins bien formé *et que l'on est souvent obligé de laisser en position demi-assise* en raison de la dyspnée de décubitus. Sur 24 césariennes pratiquées pour cardiopathies, Courtiss et Fische n'ont fait que deux césariennes segmentaires ; plus récemment, Gellé d'une part, Laffont et Fulconis d'autre part, ont été eux aussi amenés à pratiquer des césariennes hautes chez des malades semblables.

Le mieux, semble-t-il, en l'occurrence, est de faire la césarienne aussi basse que possible, ce qui réaliserait, en somme, la césarienne segmento-corporéale préconisée par Audebert.

La question de l'anesthésie, malgré la préférence de la plupart des auteurs pour l'anesthésie locale (Greenhill, Wanderley, Benno Tunis, Lucas Machado, Lafont et Fulconis, Gernez, Mouton) reste discutée.

M. Gellé, dans une discussion récente à la Société d'Obstétrique de Lille, insiste sur l'angoisse, le choc et la douleur qui sont le propre de nombre d'anesthésies

locales. L'association fréquente de l'adrénaline à la scurocaïne utilisée pour ces anesthésies serait, en outre, susceptible d'entraîner de graves accidents d'œdème pulmonaire chez les cardiaques.

Il vaut beaucoup mieux, suivant M. Gellé, avoir recours, en l'état actuel des choses, à l'anesthésie générale au protoxyde d'azote. G. Herrmann admet les mérites de cet anesthésique, mais utilise au même titre l'éthylène ou le chloroforme. Il rejette par contre l'éther que recommandent Stander et Kuder. L'anesthésie à l'évipan compte aussi des partisans parmi lesquels Kustner et Schoen ; ces derniers préconisent d'ailleurs également la rachianesthésie qui, malgré ses risques, est encore prônée par nombre d'obstétriciens (Carréras, Cortès, G. Herrmann).

En dehors des cardiopathies une des indications médicales les plus fréquemment reconnues à la césarienne, est la *méningite tuberculeuse*. Couvelaire la considère ici comme « le procédé technique le plus favorable pour réaliser l'extraction artificielle » de l'enfant.

Gaujoux et Boissier professent une opinion semblable : « L'accouchement provoqué peut être indiqué lorsque l'évolution paraît devoir en être facile et rapide, chez une multipare (ce qui est rare d'après les faits rapportés), ou lorsque la famille n'accepte pas d'autre intervention (ce qui sera malheureusement le plus fréquent), écrivent-ils. Il importe pourtant de tenir compte de la lenteur fréquente de l'accouchement provoqué (lenteur néfaste ici pour le fœtus qu'on doit extraire au plus tôt), et des difficultés souvent considéra-

bles de la dilatation artificielle. La césarienne antemortem qui pourra être faite avec anesthésie locale, et parfois même sans anesthésie, apparaît comme le moyen opératoire à choisir et si possible à imposer aussitôt le diagnostic sûrement établi ».

Dans les formes graves de *tuberculose pulmonaire*, où l'interruption de la grossesse ne peut être profitable qu'à l'enfant, et où l'organisme épuisé de la mère est souvent mis à une rude épreuve par l'accouchement, le problème de la césarienne se pose dans les mêmes conditions que pour la méningite tuberculeuse. Rappelons ici que certains auteurs (1) estiment que la contagion du fœtus par sa mère tuberculeuse a lieu seulement au moment de l'accouchement, soit par destruction, pendant le travail, des barrières placentaires qui séparent le sang maternel et le sang fœtal, soit par les mouvements d'aspiration du fœtus qui peuvent introduire du liquide amniotique contaminé au niveau de ses voies aériennes... La césarienne supprimant la période critique du travail pourrait, si ces théories sont exactes, constituer un moyen prophylactique de très grande valeur de la tuberculose congénitale.

Nous avons déjà dit qu'un certain nombre d'obstétriciens recommandent la césarienne chez les *diabétiques*. Rappelons à ce sujet les opinions de Titus, White, Randall et Rynearson qui en sont fermement partisans, et

(1) Voir l'article de M. BERTOYE sur la Tuberculose congénitale à l'Index bibliographique.

celle, par contre, de Herrick et Tilmann qui, devant une vogue excessive, ont cru devoir rappeler que cette intervention n'était pas aussi inoffensive qu'on le prétendait : « In our judgement, écrivent-ils, the routin performance of cesarean section in uncomplicated maternal diabetes is unwise ». En France, il n'est généralement pas question de pratiquer systématiquement des césariennes chez les diabétiques. Vignes rapporte cependant l'opinion d'Andérodias et de Joslin qui ont proposé d'évacuer à terme par cette méthode les enfants trop volumineux dont l'extraction serait ainsi moins traumatisante. La césarienne serait, d'après ces auteurs, en principe, préférable à l'accouchement provoqué, l'utérus des diabétiques étant, à leur avis, rétif à la provocation et prompt à la contracture.

Signalons encore que la césarienne est tout spécialement recommandée par M. Brindeau dans les cas de *mort habituelle du fœtus*, car cette mort serait susceptible de se produire au cours du travail qu'il convient d'éviter.

Dans les *pyélonéphrites*, Held préconise la césarienne comme l'intervention de choix lorsque se pose une indication d'intervenir au cours des derniers mois de la grossesse, mais Mikulicz Radecky déclare que la voie basse ne doit pas être abandonnée.

Dans les formes accentuées de *prééclampsie*, la césarienne a été souvent préconisée, un peu, semble-t-il, dans le même esprit qu'elle le fut pour l'éclampsie elle-même, ce qui nous dispense d'insister sur la posi-

tion prise à ce sujet par l'Ecole lyonnaise. Dans les statistiques américaines de césariennes, on arrive à trouver jusqu'à 9,7 % de « toxémies » (Greenhill).

N'ayant apporté aucune observation d'hystérotomie au cours des affections que nous venons d'envisager, il nous est impossible d'émettre une conclusion personnelle.

Les arguments apportés par les partisans de la césarienne semblent très puissants en ce qui concerne les cardiopathies, la méningite tuberculeuse, et même les formes très graves de tuberculose pulmonaire.

Dans les autres cas, nous croyons que l'accouchement provoqué conserve la plupart de ses indications. Ceci nous semble tout particulièrement exact pour le diabète dont, à cinq reprises, nous avons enregistré l'heureuse issue après provocation du travail..., et à propos duquel, nous pouvons légitimement nous demander si, du point de vue maternel, les suites auraient été aussi bonnes après intervention par voie haute.

Rien n'empêche d'ailleurs, lorsque les moyens médicamenteux ont été employés, de terminer par une césarienne un accouchement provoqué qui traîne en longueur.

Les Résultats

Nous ne nous attacherons pas ici aux résultats de l'accouchement provoqué du point de vue de l'évolution ultérieure de la maladie maternelle.

Ils ne peuvent, à notre avis, être séparés de l'étude des indications avec lesquelles ils ont été exposés.

Nous voulons rester dans ce chapitre sur le seul terrain obstétrical en envisageant la marche de l'accouchement et le sort des enfants .

MARCHE DE L'ACCOUCHEMENT

L'histoire obstétricale des accouchements provoqués dont nous avons rapporté les observations peut être envisagée de plusieurs points de vue :

- 1) Durée du travail et temps demandé pour sa mise en train.
- 2) Interventions nécessaires.
- 3) Complications éventuelles.

A. — TEMPS DEMANDÉ PAR LE DÉCLANCHEMENT DU TRAVAIL
ET DURÉE DU TRAVAIL

Nous pouvons les résumer en 2 tableaux :

	Non précisé	Immé- diat	0—6	6—12	12—24	Plus de 24 h.
--	----------------	---------------	-----	------	-------	------------------

I. *Durée du déclanchement du travail :*

A terme		1	6	1	1	1
1 ^{re} et 2 ^e semaine						
avant terme	8	6	3	3	2	1
3 ^e et 4 ^e semaine						
avant terme	3	6	11	2	6	3
8 ^e mois	1	3	6	4		1

II. *Durée du travail :*

A terme		6	1	2	1
1 ^{re} et 2 ^e semaine					
avant terme		9	7	6	1
3 ^e et 4 ^e semaine					
avant terme		8	10	12	1
8 ^e mois		4	5	5	1

Nous voyons que le temps demandé par le déclanchement n'est pas directement proportionnel à l'éloignement du terme : court près du terme et dans les 15 jours qui le précèdent, il n'est pas beaucoup plus long au début du neuvième mois et même au cours du huitième.

La durée du travail semble plus directement influencée : son chiffre le plus habituel à terme ou dans les deux dernières semaines est compris entre 0 et 6 heures ; plus tôt il est compris entre 6 et 12, ou 12 et 24 heures.

Si nous envisageons maintenant dans leur ensemble le temps demandé pour le déclanchement et la durée du travail, *compte tenu de la parité*, nous notons :

Durée du déclanchement :

Déclanchement non précisé..	12	dont 8 primipares	
Déclanchement immédiat ..	16	dont 7 primipares	{(1)
Moins de 6 heures	26	dont 8 primipares	
Entre 6 et 12 heures	10	dont 4 primipares	
Entre 12 et 24 heures	9	dont 6 primipares	
Plus de 24 heures	6	dont 3 primipares	

Durée du travail :

Moins de 6 heures	27	dont 6 primipares	{(2)
Entre 6 et 12 heures	23	dont 11 primipares	
Entre 12 et 24 heures	25	dont 17 primipares	
Plus de 24 heures	4	dont 2 primipares	

Nous avons renoncé à établir une moyenne entre les chiffres que nous venons d'énoncer.

Comme le font remarquer Ritala et Kreis, les moyennes en cette matière n'ont aucune signification.

Nous avons également renoncé à distinguer au cours du travail la période d'expulsion et la période de dilatation.

(1) 42, dont 15 primipares.

(2) 50, dont 17 primipares.

Il est plus intéressant d'insister ici sur ce que Kreis appelle la *mode du travail*, c'est-à-dire la durée de l'accouchement telle quelle s'est présentée le plus fréquemment dans l'ensemble de nos observations.

Du point de vue du déclanchement, la mode la plus fréquente est celle comprise entre 0 et 6 heures, elle englobe à la fois les 16 déclanchements immédiats et les 25 déclanchements de moins de 6 heures sans compter nombre de ceux qui n'ont pas été précisés mais qui furent certainement très courts. Cette mode est aussi bien celle des primipares que des multipares.

Du point de vue du travail la mode la plus fréquente est celle comprise entre 0 et 12 heures, elle englobe 50 cas sur 79.

Si nous tenons compte de la parité, nous voyons toutefois que les primipares ont, en majorité, accouché en plus de 12 heures.

Tout ceci correspond à ce que l'on rencontre au cours des accouchements normaux. Kreis citant les chiffres de Varnier, de Selheim et de Fabre, note en effet suivant chacun de ces auteurs :

7 h. 30 ; 10-12 h. ; 5-8 h. chez les primipares ;

13 h. 30 ; 15-20 h. ; 12-14 h. chez les multipares.

Les opinions convergent donc pour accuser une mode de moins de 12 heures, chez les multipares et de plus de 12 heures chez les primipares : c'est exactement ce que nous avons trouvé pour l'ensemble de nos observations

B. — INTERVENTIONS

Au cours de nos observations, nous avons relevé un certain nombre d'interventions obstétricales :

a) Sept forceps (tous furent pratiqués chez des primipares) :

Un au cours d'une pyélonéphrite sous rachianesthésie (Obs. 1) ;

Un chez une tuberculeuse (Obs. 4) ;

Deux chez des cardiaques (Obs. 1, Obs. 5) ;

Trois chez des albuminuriques (néphropathie avec œd. Obs. 4, Obs. 8—mixte Obs. 5).

Une seule fois l'application fut difficile, il s'agissait d'une malade présentant une grosse malformation vaginale qui dut être effondrée pour laisser passage à l'enfant (néphropathie mixte, Obs. 8).

b) Deux versions :

Une chez une anémique (Obs. 1) ;

Une chez une diabétique (Obs. 1).

La première fut précédée de dilatation manuelle du col.

c) Extraction du siège :

L'accouchement fut provoqué une seule fois, le fœtus se présentant par le siège ; il s'agissait d'une albuminu-

rique. L'extraction ne présenta pas de difficultés particulières (Album. antér. Obs. 1).

C. — COMPLICATIONS

Les complications d'ordre obstétrical que l'on retrouve dans nos observations sont rares.

Nous avons relevé trois *hémorragies de la délivrance* : L'une chez une cardiaque (Obs. 5) nécessita une délivrance artificielle. Les deux autres cédèrent spontanément.

Dans les heures qui suivirent l'accouchement, nous notons *trois shocks* :

L'un suivit la difficile application de forceps à laquelle nous avons déjà fait allusion (malformation vaginale) et son origine obstétricale doit être acceptée compte tenu cependant du terrain sur lequel elle survint (néphropathie avec œdème, Obs. 8). Il fut fatal en quelques heures.

Deux autres survinrent sans aucun motif d'ordre obstétrical chez des malades dont l'accouchement s'était fait sans encombre. L'un céda rapidement au traitement médical, il concernait une cardiaque (Obs. 4).

L'autre évolua vers la mort ; il concernait une femme atteinte d'une forme très toxique de pyélite arrivée à un état de déficience organique extrême (Obs. pyélite 1).

RÉSULTATS FŒTAUX

Sur les 80 enfants englobés dans notre statistique (une de nos observations concerne une gémellaire), dix-sept moururent avant d'avoir quitté l'hôpital.

Nous avons pu, en grande partie grâce à l'obligeance des services d'Assistance Sociale des Maternités intéressées, avoir des nouvelles à plus ou moins longue échéance de près des trois quarts de ceux qui quittèrent le service vivants. Ils étaient 63 et nous avons été renseignés sur le sort de 44 d'entre eux.

I

Parmi les 44 enfants sur le sort desquels nous avons été renseignés :

— 36 *étaient vivants* à des âges différents ou moment où leurs dernières nouvelles ont été reçues.

Ces âges se décomposent de la façon suivante :

- 1 à 7 mois,
- 1 à 10 mois,
- 13 entre 1 et 2 ans,
- 2 entre 2 et 3 ans,
- 9 entre 3 et 5 ans,
- 7 entre 5 et 10 ans,
- 3 à 10 ans.

— 8 étaient morts :

- 4 dans les six premiers mois,
- 2 entre 6 mois et 1 an,
- 1 dans sa deuxième année,
- 1 dans sa troisième année.

II

Parmi les 19 enfants sur le sort desquels nous n'avons pu être renseigné :

— *L'un n'avait aucun dossier*, c'est un enfant de 2.000 gr. né d'une mère tuberculeuse.

— *Une autre n'avait pas de courbe de poids*, c'était l'enfant d'une cardiaque ; il pesait 2.300 gr. à sa naissance et son état à son départ du service a été simplement noté comme « satisfaisant. »

— *Des dix-sept enfants restants :*

11 avaient regagné ou dépassé leur poids de naissance au moment où ils ont quitté le service et ce poids permet de présumer que leur sort n'a pas été mauvais :

- 4 pesaient entre 2.000 et 2.500 grammes,
- 1 pesait entre 2.500 et 3.000 grammes,
- 6 pesaient plus de 3.000 grammes.

6 sont sortis sans avoir regagné leur poids de naissance, mais leur départ a eu lieu parfois très tôt (l'un d'entre eux au neuvième jour) et on ne saurait considérer de ce seul fait leur avenir éloigné comme défavorable.

Au départ :

- 1 pesait plus de 2.000 et moins de 2.500 gr.,
- 3 pesaient plus de 2.500 et moins de 3.000 gr.
- 2 pesaient plus de 3.000 grammes.

Les facteurs de mortalité.

Sur les vingt-cinq morts qu'accuse notre statistique, nous avons relevé :

- 7 mort-nés,
- 5 morts dans les 24 premières heures,
- 2 morts entre le 1^{er} jour et la fin de la 1^{re} semaine,
- 2 morts entre la fin de la 1^{re} semaine et celle du premier mois,
- 5 morts au cours des cinq mois suivants,
- 2 morts dans la 1^{re} année,
- 1 mort dans la 2^e année,
- 1 mort dans la 3^e année.

Ainsi le plus gros tribut payé par l'ensemble de nos prématurés l'a-t-il été au cours du travail et pendant le premier mois avec 16 morts sur 25. Les enfants qui ont franchi le cap des six premiers mois meurent dans une bien moindre proportion : elle était d'environ 10 % parmi ceux dont nous avons eu des nouvelles : avec 4 morts pour 39 enfants retrouvés au-delà de cette date.

Parmi les facteurs susceptibles d'expliquer la mortalité que nous avons relevée, les plus importants sont : le degré de prématuration, le poids, la longueur du travail et la tare maternelle.

A. — PRÉMATURATION

Sur 21 enfants nés plus d'un mois avant terme :

9 sont morts,
4 n'ont pas été retrouvés,
8 ont été retrouvés vivants.

Sur 25 enfants nés dans les troisième et quatrième semaines précédant le terme :

8 sont morts,
7 n'ont pas été retrouvés,
10 ont été retrouvés vivants.

Sur les 34 enfants nés au cours des deux dernières semaines et au voisinage du terme :

8 sont morts,
8 n'ont pas été retrouvés,
18 ont été retrouvés vivants.

B. — POIDS

Sur 13 enfants de moins de 2.000 gr. :

7 sont morts,
2 n'ont pas été retrouvés,
4 ont été retrouvés vivants.

Sur 14 enfants, de plus de 2.000 et de moins de 2.500 gr. :

5 sont morts,
4 n'ont pas été retrouvés,
5 ont été retrouvés vivants.

Sur 21 enfants de plus de 2.500 et de moins de 3.000 gr. :

6 sont morts,
4 n'ont pas été retrouvés,
11 ont été retrouvés vivants.

Sur 32 enfants de plus de 3.000 grammes :

7 sont morts,
9 n'ont pas été retrouvés,
16 ont été retrouvés vivants.

Le simple énoncé de ces chiffres montre l'étroite relation entre la vitalité des enfants, leur degré de prématuration et surtout leur poids à la naissance.

Viennent ensuite la longueur du travail et la tare maternelle.

C. — LONGUEUR DU TRAVAIL

Son influence est tout spécialement nette sur le lot des 7 mort-nés que nous avons relevés.

Quatre d'entre eux, dont le poids dépassait 2.500 grammes seront nos meilleurs exemples.

Sur ces quatre, deux de plus de 3.000 grammes sont les seuls mort-nés parmi les 32 enfants de ce poids ; chez tous deux le travail s'est prolongé de façon anormale.

Pour le premier, dont la mère présentait une néphropathie avec œdème, la durée du déclanchement avait été de 24 heures et celle du travail de 23 h. 15.

Pour le second, dont la mère avait une néphropathie albumineuse simple, le déclanchement avait duré 12 heures et le travail 26.

Ces exemples sont particulièrement démonstratifs. Ceux de deux autres enfants, quoique de poids plus faible (2.660 et 2.880 grammes) ne le sont guère moins.

Le premier succombe sept jours avant terme au cours du travail qui se prolonge 25 h. 40 après 20 h. 30 de déclanchement, sa mère présentait une néphropathie albumineuse simple.

Le second meurt « in-utéro », pendant un travail de 21 heures chez une femme dont le rein avait été lésé antérieurement à la grossesse.

D. — LA TARE HÉRÉDITAIRE (?)

La cause médicale pour laquelle a été décidée la provocation du travail peut créer une tare chez les enfants. Nous envisagerons cette cause et ses retentissements.

a) Nous sommes renseignés sur le sort de six des sept enfants issus de *mère tuberculeuse* :

2 sont morts précocement dans les Services de Maternité (3.100 et 2.350 gr. à leur naissance) ;

1 est mort à cinq semaines (2.750 gr. à sa naissance) ;

1 est mort à 18 mois (1.950 gr. à sa naissance) ;

des 2 restants, l'un est de développement médiocre à 20 mois ; l'autre va assez bien à un an (c'est le

seul dont la mère ne présentait pas une lésion très grave).

Il semble bien, d'après ces chiffres, que les enfants de tuberculeuses portent en eux une indiscutable cause de débilité. Cette notion a d'ailleurs déjà été exposée au Chapitre des Indications.

b) L'influence de l'*albuminurie* est moins évidente.

— Dans les formes les plus graves, *celles où le rein était taré avant la grossesse*, on note 4 morts sur les 9 enfants qui ont pu être retrouvés ; mais ici le pronostic est lié à l'obligation dans laquelle on s'est trouvé de faire naître les enfants très prématurément.

Parmi ces cas malheureux se trouvent :

2 mort-nés, l'un 60 jours avant terme pesant 1.200 gr., l'autre 24 jours avant terme pesant 2.880 gr.

1 mort au dix-huitième jour, né 25 jours avant terme, pesant 2.350 gr.

1 mort après son départ de la Maternité, né 60 jours avant terme, pesant 1.790 gr.

Le seul des enfants morts qui pesait plus de 2.500 grammes a succombé in-utéro, en raison vraisemblablement de la prolongation du travail qui dura 21 heures.

A ces résultats s'opposent de très heureuses surprises comme le développement normal à un an, d'un enfant de 1.240 gr. né 53 jours avant terme.

Les nouvelles de quatre autres enfants nous sont parvenues alors qu'ils avaient 6 ans, 4 ans, 3 ans et 1 an.

— Parmi les enfants nés de femmes atteintes de *néphropathies albumineuses simples*, deux moururent in-utéro, tous deux semble-t-il en raison de la prolongation du travail.

Sur les 3 restants deux étaient vivants : l'un à 3 ans $\frac{1}{2}$ (il pesait 1.850 gr. à sa naissance), l'autre à 20 mois ; le troisième n'a pu être retrouvé.

— Dans les *néphropathies hypertensives*, un enfant de 1.770 gr. est mort à la trente-septième heure. La débilité paraît suffisante pour expliquer cette issue. Les quatre autres enfants ont été retrouvés vivants à 7, 4, 3 et 2 ans.

— Dans les *formes œdémateuses*, nous relevons un mort-né de 3.320 gr., le premier de ceux auxquels nous avons fait allusion dans les cas explicables par la prolongation du travail. Quatre sur les six autres enfants ont été retrouvés. Ils étaient vivants à 10 ans, 3 ans, 18 mois et un an.

— Dans les formes *mixtes*, trois enfants sont morts :

1 mort-né 25 jours avant terme, pesait 1.850 gr.

1 mort au troisième jour d'hémorragie méningée, était né à 10 jours du terme, pesant 2.850 gr.

1 mort à 8 mois, était né 23 jours avant terme et pesait 2.100 gr. à sa naissance.

Deux enfants ont été retrouvés vivants à 3 ans et 19 mois. Nous n'avons pas eu de nouvelles des quatre restants.

— Des onze enfants correspondant à nos observations d'*albuminurie récidivante*, trois n'ont pu être retrouvés. Trois sont morts, cette issue fatale ne semble tenir ni à leur prématuration, ni à l'affection maternelle. Ils pesaient tous 3 kilogs au moins à leur naissance. L'un a vécu deux mois, un autre six mois et le troisième a succombé à 28 mois d'une broncho-pneumonie alors qu'il présentait un développement parfait. A cette issue défavorable et comme nous l'avons vu, mal explicable, s'oppose le sort de cinq enfants qui vont bien à 10 ans, 8 ans, 20 mois, 16 mois (celui-ci pesait 1.540 gr. à sa naissance) et 12 mois.

c) Des sept enfants issus de femmes *présentant une pyélite ou une pyélonéphrite*, trois n'ont pu être retrouvés, deux vont bien à 5 et 4 ans, deux sont morts, l'un à la dixième heure dans une forme gravido-toxique, il pesait 2.000 grammes et était né trente-six jours avant terme ; l'autre à la fin du premier mois, il pesait 2.350 gr. et était né seize jours avant terme.

d) Chez les *cardiaques*, nous notons trois morts sur huit enfants :

1 mort-né de 1.700 gr.,

1 enfant de 2.830 gr. mort à la dix-huitième heure avec hépatisation pulmonaire à l'autopsie,

1 enfant de 3.340 gr., mort à deux mois.

Des 5 derniers, un n'a pu être retrouvé, deux se développent bien à 2 ans et à 1 an malgré leur faible poids

de naissance (1.920 et 2.300 grammes), deux autres âgés de 10 et 7 ans ont un état plus médiocre malgré un poids supérieur à la naissance (2.570-3.050 gr.).

e) Quatre enfants nés des *diabétiques* dont nous avons relevé les observations étaient vivants à 7 ans, 5 ans, 20 mois et 10 mois ; le cinquième n'a pu être retrouvé. Il est inutile d'insister sur leur développement plus que satisfaisant à la naissance (tous pesaient plus de 3.400 gr.).

f) L'enfant de la seule *anémique* que nous avons rapportée pesait 2.650 gr. à la naissance et se portait bien à un an.

g) Le sort des enfants dont les mères figurent au Chapitre des *observations diverses* nous est inconnu dans un cas.

Des 4 autres, deux sont morts :

- l'un 21 heures après sa naissance : il pesait 1.760 grammes.
- l'autre à 3 mois, il était né à peu de temps du terme et pesait 2.800 grammes. La mère était une cancéreuse.

Les deux enfants dont nous avons eu des nouvelles étaient vivants, l'un à 7 mois, l'autre à 10 ans.

Il apparaît, d'après l'énumération successive du sort des enfants suivant leur tare éventuelle qu'*aucune con-*

clusion bien nette ne peut être tirée de la nature de cette tare, la tuberculose mise à part. Dans la plupart des cas, lorsque l'évolution a été fatale, le degré de prématuration et la débilité suffisent à l'expliquer. Pour les cas restants, la longueur du travail intervient assez souvent, elle semble avoir une action particulièrement néfaste pour les enfants d'albuminuriques, c'est en ce sens que se manifeste la fragilité plus grande de ces enfants.

TABLEAU RÉCAPITULATIF

Nous n'avons pas voulu multiplier les considérations au sujet de nos résultats obstétricaux et fœtaux. Un tableau résumera pour chaque maladie les rapports respectifs de la parité, du procédé d'accouchement, du degré de prématuration, de la durée exacte du déclanchement et du travail, enfin du poids et du sort des enfants.

Signification du tableau.

Dans la colonne I, se trouve le numéro des observations.

Dans la colonne II, le degré le parité.

Dans la colonne III, le procédé utilisé :

B.K. = bougie de Krause ;

B.T. = bougie de Trillat ;

M.M. = moyens médicamenteux ;

D. = décollement du pôle inférieur de l'œuf.

Dans la colonne IV, l'éloignement du terme : T = terme, les chiffres correspondent au nombre de jours avant terme.

Dans la colonne V, la durée du déclanchement :

IM = immédiat ;
qq. = quelques heures.

Dans la colonne VI, la durée du travail.

Dans la colonne VII, le poids de l'enfant à la naissance.

Dans la colonne VIII, le sort de l'enfant :

- a) + = mort ;
- b) R = retrouvé vivant avec âge correspondant ;
- c) lorsqu'il n'a pas été retrouvé, nous avons placé dans cette colonne le poids à la sortie du service, le nombre de jours après la naissance au moment de cette sortie étant précisé entre parenthèses à la suite.

Pour prendre un exemple il faut lire :

II — B.K. — T. — 2,30 — 3,30 — 3580 — 3650 (10°)

de la façon suivante :

Secundigeste. — Travail provoqué par bougie de Krause — à terme — déclanchement après 2 h. 30 — durée du travail : 3 h. 30 — poids de l'enfant à la naissance : 3580 gr. — poids à la sortie : 3650 gr. au 10^e jour. (N'a pas été retrouvé).

NÉPHROPATHIES ALBUMINEUSES SIMPLES

1	II	B.K.	T.	2,30	3,30	3580	3650 (10 ^e)
2	I	M.M.	T.	12	26	3140	+ né
3	I	M.M. + B.K.	7	20,30	25,40	2660	+ né
4	II	B.T.	10	3,30	17	2900	R. (3 ans $\frac{1}{2}$)
5	I	B.T.	T.	2	8,40	1850	R. (20 mois)

NÉPHROPATHIES AVEC OEDÈMES

1	V	B.K.	2	27	4,05	2950	R. (10 ans)
2	I	B.K. + B.K.	7	24	21	2600	2300 (17 ^e)
3	I	M.M. + B.K.	21	24	23,15	3320	+ né
4	I	M.M. + D.	5	qq.	10,30	3020	R. (3 ans)
5	I	B.K.	10	9	10,30	3150	3270 (11 ^e)
6	II	B.T.	13	I.M.	3,30	2850	R. (18 mois)
7	I	M.M. + D.	14	qq.	8,25	3250	R. (1 an)

NÉPHROPATHIES HYPERTENSIVES

1	III	B.K.	12	10	1	3095	R. (7 ans)
2	I	M.M.	20	qq.	7,30	2100	R. (4 ans)
3	VI	B.T.	T.	2	5,15	3600	R. (2 ans)
4	V	M.M.	30?	1,15	1,10	1770	+ (37 ^e h.)
5	I	M.M.	5	qq.	26,30	2450	R. (3 ans)

NÉPHROPATHIES DE TYPE MIXTE

1	I	B.K.	10	3	6,40	2920	2860 (11 ^e)
2	V	B.K.	T.	48	13	3770	3770 (5 ^e)
3	III	B.K.	21	13	11,30	2530	2600 (10 ^e)
4	I	B.K.	25	12	36	1850	+ né
5	II	B.K.	T.	3	5,30	3000	2870 (10 ^e)
6	I	M.M. + D.	T.	qq.	16,35	2850	+ (3 ^e j.)
7	I	B.T.	11	8	16	2350	R. (3 ans)
8	I	B.T.	29	5	17,30	2350	R. (19 mois)
9	III	B.T.	23	5,30	2,45	2100	+ (8 mois)

ALBUMINURIES RÉCIDIVANTES

a) Avec mort habituelle du fœtus.

1	III	B.K.	15	2	7,25	2560	R. (10 ans)
2	III	B.K.	8	qq.	6	3400	R. (8 ans)

b) Sans notion de mort habituelle du fœtus.

1	II	B.K.	18	1	2	3900	3780 (10 ^e)
2	IV	B.K.	T.	1	2,20	3350	3400 (16 ^e)
3	II	B.T. + D.	17	0,15	9,50	1840	2100 (20 ^e)
4	IV	M.M.	T.	I.M.	4,20	4000	+ (6 mois)
5	II	M.M. + D.	15	I.M.	23	} 3000 2600	+ (2 mois)
							R. (20 mois)
6	II	M.M.	7	I.M.	4,30	4300	+ (28 mois)
7	III	M.M.	10	qq.	3	3050	R. (1 an)
8	V	B.T.	14	I.M.	9,25	1540	R. (16 mois)

MALADES AYANT EU UNE ATTEINTE RÉNALE ANTÉRIEURE

1	I	B.K.	7	qq.	9,30	3270	3180 (9 ^e)
2	I	B.K.	25	24	16	2350	+ (18 ^e j.)
3	IV	B.K.	53	11,30	13,40	1240	R. (1 an)
4	I	B.K.	11	I.M.	4,35	2900	R. (6 ans)
5	I	B.K.	60	2	24	1790	+ (?)
6	I	M.M.	18	qq.	15	3250	R. (1 an)
7	III	B.T.	T.	2,30	26,15	3360	R. (4 ans)
8	III	B.T.	26 (?)	1,30	5	4000	R. (3 ans)
9	IX	B.T.	60	9	12	1200	+ né
10	I	B.T.	24	6	21	2880	+ né

PYÉLITES ET PYÉLONÉPHRITES

a) Pyélites.

1	I	M.M.	36	I.M.	3,30	2000	+ (10 ^e h.)
2	IV	B.T.	36	0,15	2,15	2830	2700 (10 ^e)
3	I	M.M.	24	I.M.	4,35	3050	R. (4 ans)

b) *Pyélonéphrites.*

1	I	B.K.	16	48	Rachi	2350	+ (28° j.)
2	I	B.K.	50	0,30	6	1730	2050 (26°)
3	I	M.M. + D.	17	10	12	3200	R. (5 ans)
4	I	B.T.	9	2	17	2270	2350 (10°)

ANÉMIE

1	III	B.K.	36	1	17	2650	R. (1 an)
---	-----	------	----	---	----	------	-----------

DIABÈTE

1	IX	B.K.	30	48	15,30	3500	3600 (11°)
2	III	B.K.	35	qq.	7,15	4020	R. (7 ans)
3	IV	M.M. + B.K.	30	6	6	3780	R. (5 ans)
4	III	B.T. + D.	24	6	14	3400	R. (19 mois)
5	IX	M.M.	30	11	12	3680	R. (10 mois)

CARDIOPATHIES

1	I	B.K.	30	48	22	2570	R. (10 ans)
2	V	B.K.	30	12	11,30	2830	+ (18° h.)
3	VI	M.M.	20	4	14	3050	R. (7 ans)
4	V	B.T.	25	18	12	2300	?
5	I	M.M. + D.	28	I.M.	6,10	1700	+ né
6	I	B.T.	55	1,30	18,30	1920	R. (2 ans)
7	IV	M.M.	T.	16,30	5.30	3340	+ (2 mois) ?
8	I	B.T.	32	24?	24	2300	R. (1 an)

TUBERCULOSE

a) *Méningée.*

1	II	B.K.	25	18	11,20	2750	+ (5 semaines)
---	----	------	----	----	-------	------	----------------

b) *Pulmonaire.*

1	V	B.K.	43	I.M.	7,55	2000	?
2	III	B.K.	30	qq.	16	3100	+ (21 h.)
3	V	B.T. + D.	40	2	38	1950	+ (18 mois)
4	I	M.M.	14	I.M.	3,20	2770	R. (1 an)
5	IV	B.K.	50	7	7	2350	+ (12 h.)
6	IV	M.M.	38	8	9,40	2500	R. (20 mois)

OBSERVATIONS DIVERSES

1	VII	B.K.	21	I.M.	5,30	2650	R. (7 mois)
2	IV	B.K.	50	1	4,20	1760	+ (22 h.)
3	III	D. + B.K.	9	I.M.	3,45	2800	+ (3 mois)
4	I	D. + M.M.	15	I.M.	23,15	3350	R. (5 ans)
5	I	M.M.	11	qq.	7,20	2180	2470 (13°)

Conclusions

I. — Les indications médicales de l'interruption de la gestation au cours des trois derniers mois ont été posées dans le cadre de notre étude (10 ans et 45.000 accouchements) avec une fréquence de 2 cas pour 1000 accouchements environ.

II. — Aucune intervention n'a été réalisée au cours du septième mois ; pareille abstention tient certainement, pour une large part, à la viabilité trop précaire des enfants qui naîtraient à cet âge de la gestation.

III. — Les observations que nous avons relevées concernent :

- 5 néphropathies gravidiques albumineuses simples,
- 7 néphropathies gravidiques hydropigènes,
- 5 néphropathies gravidiques hypertensives,
- 9 néphropathies gravidiques de type mixte,
- 10 albuminuries gravidiques récidivantes dont deux avec mort habituelle du fœtus,

- 10 aggravations d'une atteinte rénale ou d'une hypertension artérielle antérieures à la gestation,
- 7 pyélites et pyélonéphrites dont trois du type gravidotoxique,
- 1 anémie grave,
- 5 diabètes,
- 8 cardiopathies,
- 1 méningite tuberculeuse,
- 6 tuberculoses pulmonaires,
- 5 affections diverses dont deux s'apparentant à un syndrome d'insuffisance hépatique et les trois autres consistant respectivement en une toxémie émétisante des derniers mois, en un état de misère physiologique et en un cancer thyroïdien avec métastases crâniennes.

IV. — L'interruption de la gestation a été généralement réalisée dans un but de sauvegarde fœtale ou dans un but de sauvegarde à la fois maternelle et fœtale. Elle n'a été que plus rarement pratiquée dans un but exclusif de sauvegarde maternelle.

a) *L'intérêt du fœtus* a commandé l'intervention dans la méningite tuberculeuse et dans les formes très graves de tuberculose pulmonaire et de cardiopathies. Dans ces cas, en effet, la mère, condamnée quoiqu'il arrive, risquait d'entraîner son enfant dans la mort.

L'intérêt du fœtus a conduit encore à l'intervention lorsqu'existait la notion de sa mort habituelle au cours

des albuminuries gravidiques récidivantes et dans certains cas de diabète malgré l'insulinothérapie. Ici, la continuation de la grossesse ne présente pas de danger pour la mère mais l'enfant risque de succomber in-utéro.

b) *L'intérêt conjugué de la mère et du fœtus* a paru en jeu au cours de la plupart des néphropathies gravidiques, tout spécialement de celles qui s'accompagnaient d'œdèmes et d'hypertension artérielle.

Le même problème s'est posé au cours des néphrites chroniques lorsque la grossesse a pu atteindre les six dernières semaines, et au cours de certaines formes fébriles prolongées de pyélonéphrite.

c) *L'intérêt de la mère* a été seul en cause lorsque sont survenus précocement des accidents rétinien ou une défaillance cardiaque au cours des néphropathies et des néphrites.

Cet intérêt a paru également dominer dans les indications posées par l'apparition d'accidents toxiques au cours des pyélites et des pyélonéphrites ou par certaines manifestations des cardiopathies.

Il en fut de même enfin dans notre cas unique d'anémie pernicieuse ; à son sujet, nous croyons devoir insister sur le caractère de plus en plus exceptionnel que prendra sans doute, du fait des thérapeutiques modernes, l'obligation d'interrompre la grossesse au cours de cette affection.

V. — L'interruption de la grossesse n'a jamais été réalisée autrement que par provocation de l'accouchement dans les observations que nous avons recueillies.

Les moyens employés ont été la bougie de Krause et la bougie de Trillat d'une part, une méthode médicamenteuse dérivée de celle adoptée par M. Hauch d'autre part.

Les procédés médicamenteux ont subi un certain nombre d'échecs, il semble néanmoins qu'ils soient plus efficaces chez les femmes présentant un état pathologique que chez les femmes normales.

Le temps demandé par le déclanchement du travail et la durée du travail lui-même n'a été qu'assez peu influencé par la nature de l'affection en cause. Il semble toutefois que l'utérus soit prompt à se contracter au cours des pyélonéphrites et beaucoup plus lent au cours des néphropathies de type hydropigène ou chez les cardiaques.

Il n'a été, dans nos observations, que très rarement nécessaire d'intervenir pour terminer les accouchements ainsi provoqués.

VI. — *Les suites maternelles* ont été simples du *point de vue obstétrical* sauf chez une malade qui succomba dans des conditions paraissant indépendantes de l'affection pour laquelle fut provoqué l'accouchement.

Elles ont été satisfaisantes du *point de vue médical dans un avenir immédiat*. Si l'on excepte les tuberculeuses, dont cinq sur sept moururent rapidement, trois fois seulement l'interruption de la grossesse n'a pu éviter l'issue fatale (une pyélite suraiguë — une toxémie émétisante — une cardiopathie avec fibrillation auriculaire). Dans *un avenir plus éloigné* nombre d'albuminuriques, spécialement celles qui avaient eu une atteinte rénale,

même épisodique et fugace, avant leur grossesse, ont présenté une néphrite chronique.

VII. — *Sur 80 enfants* figurant dans notre statistique:

la mortinatalité, avec 7 cas, a été de 8,7 %

la mortalité du premier mois, avec 9 cas, de 11,2 %

Nous avons pu retrouver près des trois quarts des enfants, à plus ou moins longue échéance, après leur sortie des Services.

Depuis le départ de l'Hôpital, leur mortalité a été de 20 % environ dont la moitié avant six mois et la moitié passée cette date.

Le pronostic fœtal semble se ressentir beaucoup plus du degré de prématuration et de la débilité congénitale que d'une tare éventuelle dont la maladie maternelle pourrait avoir été la cause ; il semble toutefois que les formes graves de Tuberculose fassent exception à cette règle.

Le Doyen :

J. LÉPINE.

Le Président de Thèse.

VORON.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 21 Décembre 1938.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

A. LIRONDELLE.

Bibliographie

I. — Généralités.

- ADAIR and STIEGLITZ. — *Obstetric Medicine*. Lea and Febiger, Philadelphia, 1934.
- BOSSI. — Les indications médicales de l'interruption de la grossesse dans leurs relations avec le mode d'intervention. *L'Obstétrique*, 1902, p. 455.
- BUÉ. — Les indications de l'interruption de la grossesse. *Rapport au V^e Congrès de l'Association des Gynécol. et Obstétr. de Langue française*. *Gyn. et Obst.*, 1927, p. 215.
- CAT (Sulim). — L'accouchement prématuré provoqué à la Maternité de Lariboissière. *Th. Paris*, 1937.
- CAZEAUX et TARNIER. — *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*. Librairie Lauweryns, Paris, 1871.
- COMMANDEUR et RHENTER. — Mortinatalité et mortalité primaire des nouveau-nés à la Clinique Obstétricale et à la Maternité de la Charité, de 1904 à 1918. *Journ. Med.*, Lyon, 1924, p. 191.
- FRANCILLON (C.). — Contribution à l'étude de la mortinatalité, de la mortalité et de la vitalité primaire des Prématurés. *Th. Lyon*, 1912.
- KEITLER et PERNITZA. — Contribution à la question de l'accouchement prématuré artificiel. *Ann. de Gyn.*, 1902, p. 220.
- KREIS. — La durée de l'accouchement normal. *Rev. fr. de Gyn. et d'Obs.*, 1932, p. 205.
- MEDICAL SOCIETY OF LONDON. — Medical indications for the induction of abortion and premature labour. *The Lancet*, 1929, I, 666.

- NAVRATIL (Ernst). — Die Kaiserschrittstatistik d. Universitäts Frauenklinik in Wien, 1925-1933. *Arch. f. Gynäk.*, 20-7-34, p. 359.
- PASTIELS (P.). — L'accouchement provoqué est-il un procédé périmé ? *Soc. Belge de Gyn. et d'Obst.*, 2 fév. 1935. Ref. in *La Gynécologie*, 1935, p. 565.
- PINARD. — Les indications médicales à la provocation de l'accouchement. *Ann. de Gynécologie*, 1902, p. 161.
- ROUSSY (Mlle). — Contribution à l'étude de l'étiologie et du pronostic immédiat de la prématuration. *Th. Paris*, 1933.
- SCHAUTA. — Rapport au Congrès de Rome, in *Ann. de Gyn.*, 1902, p. 438.
- SMYTHE. — Indications for the induction of premature labour. *The British. med. J.*, 1931, p. 1018.
- SPIES, PASTIELS et R. STRAETMANS (Bruxelles). — A propos de l'accouchement provoqué. *Rev. franç. de Gyn. et d'Obs.*, 1934, p. 245.
- TOWNEND (E. M.). — Induction of Labour in pelvic diformity and maternal illness. *The Lancet*, 1927, p. 1234.
- VIGNES. — L'interruption thérapeutique de la grossesse. *Sem. des Hôp. de Paris*, 1935, p. 509.
- VINAY. — Traité des maladies de la grossesse et des suites de couches. Baillière et fils, Paris, 1894.
- WALLICH et FRUHINSHOLZ. — Avenir éloigné du prématuré. *Ann. de Gyn.*, 1911, p. 625.

II. — Néphropathies — Néphrites — Hypertension.

- ANDERODIAS et DARRIGADE. — Gestation après double décapsulation rénale. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1921, p. 129.
- AUBERTIN et WESTER. — L'épreuve du nitrite d'amyle chez les hypertendus. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 8-7-38.
- BALARD. — Accidents gravidotoxiques à répétition et à gravité croissante chez une femme atteinte de néphrite chronique. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1922, p. 193.
- BARIDON. — Contribution à l'étude de la tension artérielle dans les néphropathies gravidiques avec hypertension. *Th. Lyon*, 1938.

- BIDOIRE. — Albuminurie, Eclampsie convulsive. *Encyclopédie M. C. Obstétrique*, fasc. 5035, 5036, 5037.
- BLEIN (Aimé). — La marche de l'accouchement chez les femmes ayant présenté un syndrome d'albuminurie grave au cours de la gestation. *Th. Lyon*, 1932.
- BONAMOUR (G.). — Etude clinique du fond d'œil dans l'hypertension artérielle. *Th. Lyon*, 1935-1936.
- BOTTELA-LHUSIA. — Etude sur l'urée du sang pendant la grossesse et la puerpéralité. Contributions aux problèmes de l'azotémie puerpérale. *Gyn. et Obst.*, 1935, p. 35.
- BRAULT et LAMACHE. — Constante d'Ambard et gestation. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1937, p. 260.
- BROCHIER (Albert). — *Six observations d'albuminurie accompagnée de rétention chlorurée au cours de la grossesse*. *Th. Lyon*, 1931.
- BROUHA et GOSSELIN. — Signification de l'amaurose en tant que symptôme d'éclampsie. *Soc. Belge de Gyn. et d'Obst. in Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1928, p. 934.
- CANTONNET. — Commentaires d'un article de Wagener. *La Sem. des Hôp. de Paris*, 1935, p. 531.
- CASTAIGNE et CHAUMERLIAC. — Epreuve de la densimétrie urinaire associée à la diurèse provoquée. *Journ. méd. français*, 1932, p. 389.
- CHESLEY. — Renal function tests in the differentiation of Bright's disease from so called specific Toxemia of pregnancy. *Surgery Gyn. and Obst.*, 1938, p. 481.
- CLEISZ et LAUDAT. — Azotémie et fonctionnement rénal au cours de la gravidité, de la parturition et de la puerpéralité normales et pathologiques. *Gyn. et Obst.*, 1927, p. 81.
- COUVELAIRE. — A propos de deux cas de rétinite gravidique. *Gyn. et Obst.*, 1920, p. 305.
- COUVELAIRE. — Pronostic éloigné des rétinites gravidiques. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1921, p. 292.
- COUVELAIRE. — Histoire obstétricale d'une femme atteinte de néphrite chronique à forme hyperazotémique. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1922, p. 348.
- COUVREUX (C.). — Contribution à l'étude de la rétinite gravidique. *Th. Paris*, 1921.

- ESHER. — Albuminuries récidivantes de la grossesse. *Th. Lyon*, 1900-1901.
- EUFINGER (Heinrich). — Reststikstoff und Indikanhei den Schwangerschafttoxikosen. *Zeitschr. f. Gebur. und Gynäk.*, XCV, 1112, 17-5-29.
- FERRARI (Roberto). — Indicanemia de la gestacion, parto y puerperio. *Bol. de la Soc. Obst. y Gyn.*, t. 14, n° 7, 21-8-35.
- FRUHINSHOLZ. — A propos d'un cas d'albuminurie gravidique et du critérium de provocation. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1924, p. 306.
- GEREST (P.). — Existe-t-il des indications de l'accouchement prématuré provoqué dans l'albuminurie gravidique ? *Th. Lyon*, 1913.
- GRAND (Mme). — Néphrites chroniques et Gestation. *Th. Paris*, 1934.
- GUEISSAZ. — Les œdèmes de la gestation. Etude clinique. *Rapport au Congrès d'Alger. Gyn. et Obst.*, 1935, p. 120.
- HAUCH. — Toxémie et accouchement provoqué par procédé médical. *Communication au X^e Congrès des Gyn. et Obst. de Langue française. Gyn. et Obst.*, 1937, p. 366.
- HOERNER (Mlle) et FOURNIER. — Toxémie gravidique hypertensive avec rétinite albuminurique progressive, interruption de la grossesse au 7^e mois, mort avec symptômes de choc obstétrical. Paragangliome de la surrénale gauche. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1937, p. 687.
- HOFSTEIN. — Diagnostic des azotémies au cours de la grossesse. *Gyn. et Obst.*, 1931, p. 57.
- JACOB. — Quarante observations de néphropathies gravidiques. *Th. Lyon*, 1938.
- JEANNIN. — Pronostic de l'albuminurie gravidique. *Leçons du jeudi soir, Clinique Tarnier*, 1928.
- LAURENTIE. — Albuminurie grave ayant résisté au régime lacté et à la diète hydrique. Accouchement prématuré, mère et enfant vivants. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1925, p. 551.
- LEON (Juan). — Trastornos de la dinamica uterina en el síndrome edemonefrotico y eclámpico. *La Prensa Argentina*, 1935, p. 484.
- LE LORIER. — Grossesse et accouchement chez une femme ayant des antécédents rénaux chargés et une mauvaise

- constante uréo-sécrétoire sans azotémie. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1934, p. 611.
- LEVY SOLAL. — Les œdèmes de la gestation. *Rapport au IX^e Congrès de l'Assoc. des Gyn. et Obst. de Langue française d'Alger*, 1935. *Gyn. et Obst.*, 1935, p. 220.
- MAGOS. — Intoxication gravidique répétée. *Soc. belge de Gyn. et d'Obst. Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1930, p. 462.
- MATHIEU (J. Julien). — Néphrites chroniques et gestations. *Th. Paris*, 1924.
- MAYER (M.). — Commentaire d'un article de Herrick. *Sem. des Hôp. de Paris*, 1935 p. 630.
- MERKLEN (Prosper), HUMBERT et ARNOVLJEVITCH. — Néphrite gravidique caractérisée par de l'azotémie et de l'hypertension. *Soc. méd. Bas-Rhin*, 20-12-24.
- METTON. — *Six observations d'albuminurie avec hypertension au cours de la gestation. Th. Lyon*, 1934.
- MUGEL (Gertrud). — Ergebnisse der Beobachtung und Behandlung von Eklampsismus und Eklampsie. *Zentr. f. Gynäk.*, t. VI, 2, 13-2-32.
- NEILE (Lyle G. Mac). — Conservative treatment of late toxemias of pregnancy. *The J. of the Amer. med. Ass.*, n° 8, 25-8-34, p. 548.
- OZAKI, OSHIMU et YUN (T. W.). — A case of separation of retina complicating the Kidney of pregnancy. *Japanese Journ. of Obst. and Gynec.*, mars 1936 (ref. in *G. et O.*, 1938, 79).
- PALLIEZ et GERNEZ (L.). — Albuminurie gravidique, troubles oculaires. Accouchement prématuré provoqué. Guérison. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1937, p. 74.
- PARDEE. — L'indication de l'avortement thérapeutique dans certaines affections cardiovasculaires ou rénales. *Sem. Hôp. Paris*, 1935, p. 523.
- PAUCOT. — Amaurose et éclampsie. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1924, p. 523.
- PICAUD. — Quarante-deux observations d'albuminurie gravidique récidivante. *Th. Lyon*, 1932.
- PLASS (E. D.) et BOGERT (J.). — Plasma, protein variations in normal and toxemic pregnancies. *Bull. of the Johns Hopkins Hosp.*, XXXV, 405, nov. 1924. Réf. in *Gyn. et Obst.*, 1925, 1, 306.

- QUIROY et ROSENWASSER. — Au sujet d'un cas de néphrite et grossesse. *Soc. de Buenos-Aires, in Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1928, p. 687.
- RENARD. — Troubles oculaires de la grossesse. *Gyn. et Obst.*, 1937, p. 337.
- RHENTER et BROCHIER. — *A propos d'une observation nouvelle d'albuminurie gravidique récidivante. Communication au Congrès de Bordeaux, 1931 ; Gyn. et Obst.*, 1931, p. 639.
- RHENTER et DARDAILLON. — Eclampsie confirmée chez une syphilitique à la fin du 8^e mois de la gestation : choroïdite spécifique, provocation médicamenteuse du travail. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1933, p. 406.
- SELITZKY (Serge). — Néphropathies, néphroses et néphrites de la grossesse. *Gyn. et Obst.*, 1934, p. 325.
- STIEGLITZ (E. D.). — Diseases of the arteries - *in Obst. med.*, p. 417. — Diseases of the Kidneys - *in Obst. med.*, p. 525.
- THIERS. — Valeur sémiologique de l'indoxylémie dans les maladies des reins. *Journ. méd. français*, 1933, p. 243.
- TIMSIT. — Etude du coefficient de Maillard chez les femmes présentant un syndrome d'albuminurie grave au cours de la gestation. *Th. Lyon*, 1931.
- TONKES. — Quelques observations sur les protéines du sang dans les gestations, leurs rapports avec la rétention aqueuse. *Gyn. et Obst.*, 1937, p. 30.
- TRILLAT, MOINDROT et MAGNIN. — Deux cas d'hypertension artérielle aggravée par la grossesse et traitée par l'avortement thérapeutique. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1937, p. 330.
- VERDEUIL. — Albuminurie gravidique progressive, déclenchement médical du travail à huit mois. Accouchement naturel, choc mortel. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1938, p. 460.
- VORON et PIGEAUD. — Syndromes d'albuminurie grave à forme hydropigène au cours de la gestation. *Gyn. et Obst.*, 1933, p. 289.
- VORON et PIGEAUD. — Les néphropathies gravidiques à type hypertensif. *Gyn. et Obst.*, 1934, p. 401.
- WAGENER (Henry P.). — Lesions of the optic nerve and retina in pregnancy. *The J. of the Amer. med. assoc.*, n° 25, 22-12-34. — *Sem. des Hôp. Paris*, 1935, p. 527.

- WETTERDAL (Per). — Studies of non protein nitrogen, uric acid in the Blood of Pregnant and recently delivered women suffering from albuminuria, eclampsim or eclampsia. *Act. Obst. e. Gyn. Scandinavica*, vol. VII, 1928, p. 275, réf. in *Gyn. et Obst.*, 1930, p. 371.
- WODON (J. L.). — Le traitement de l'éclampsie. *Gyn. et Obst.*, 1938, p. 336.
- ZAHARESCU KARAMAN. URSU, ALEXIU et URSU. — Indoxilul in sarcina si lenzi. *Rev. de Obst. Gin. puer.*, an XVI, 1936, p. 113. Réf. in *Gyn. et Obst.*, 1937, p. 461.

III. — Pyélites et Pyélonéphrites.

- ALBECK (V.). — Sixty nine cases of Pyura Gravidarum febrilis. *Acta obst. gyn. Scandinavica*, vol. IX, fasc. I, 1930. Réf. in *Gyn. et Obst.*, 1931, 1, p. 367.
- ANDERODIAS. — Les colibacilloses de la grossesse. *Rev. franç. de Gyn. et d'Obst.*, 1932, p. 267.
- ARRIVAT et BREMOND. — Pyélonéphrite de la grossesse à forme toxémique. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1931, p. 366.
- AUDEBERT et GAY. — Guérison d'une pyélonéphrite gravidique immédiatement après l'accouchement. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1925, p. 574.
- BACKTROG (Sigismond). — Quatre observations de pyélonéphrite grave de la grossesse. — *Th. Lyon*, 1930.
- BRINDEAU. — Accouchement prématuré provoqué dans un cas de pyélonéphrite. *Bull. Soc. Obst.*, 1909, p. 44.
- BRINDEAU et SIGURET. — Avortement provoqué pour pyélonéphrite. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1923, p. 115.
- COUVELAIRE. — Traitement des pyélonéphrites chez les femmes en état de gestation. *Gyn. et Obst.*, 1920, p. 448.
- DOR (Frédéric). — Quatre observations de vomissements graves de la gestation paraissant sous la dépendance d'une infection des voies urinaires. — *Th. Lyon*, 1936.
- FRÜHINSHOLZ et ANDRÉ. — Sur un cas atypique de pyélite gravidique à forme urémique, avec azotémie et cachexie prédominantes. Avortement provoqué. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1923, p. 325.

- FRÜHINSHOLZ (A.). — Certaines formes gravido-toxiques de la pyélonéphrite sont justiciables de l'interruption thérapeutique de la gestation. *Paris Médical*, 1929, p. 555.
- FRÜHINSHOLZ. — Pyélites à forme gravido-toxique et interruption de la gestation. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1930, p. 88.
- GELLÉ. — Deux cas de pyélonéphrite toxique. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1937, p. 658.
- GROSSE (A.) et PASQUEREAU (X.). — Pyélonéphrite double et cholecystite pendant la gestation, auto-vaccination, accouchement à terme, enfant vivant. Guérison de la mère. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1924, p. 102.
- HELD (G.). — Pyélites gravidiques graves. *Gyn. et Obst.*, 1932, p. 206.
- KLAUS (Kavel). — Contribution à l'étude de certaines formes de pyélonéphrites à forme toxique au cours de la gestation. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1931, p. 691.
- KRETSCHENER (G. Hermann L.). — Diseases of the urinary tract - in *Obstetric Medicine*, p. 558.
- LE LORIER. — Observation de pyélonéphrite grave avec rétention au cours de la gestation, traitée avec succès par la distension vésicale et la vaccination buccale anticolibacillaire. Accouchement prématuré spontané d'un enfant de 1.700 grs. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1924, p. 773.
- LEPAGE. — Contribution à l'étude de la pyélonéphrite dite gravido-toxique. *Thèse Paris*, 1934.
- LÉVY-SOLAL, WALHTER, LAUDAT et LAURET. — A propos d'un cas de pyélite à forme dite toxique avec azotémie et hypochlorémie. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1934, p. 39.
- LÉVY-SOLAL, SUREAU et LAURET. — Pyélonéphrite avec azotémie. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1934, p. 615.
- MICKULICZ RADECKI. — Schwangerschaftunterbrechung wegen pyelitis gravidarum, eigentlicherwegen pyelonephritis. *Zentralbl. f. Gynäk.*, 1934, pp. 2264-2384.
- RIOTTE. — Pyélonéphrite gravidique à évolution septicémique. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1924, p. 695.
- ROSINSKI. — Zur Therapie der Schwangerschaftspyelitis. *Monat. f. Geb. u. Gyn.*, t. LX, 1922, pp. 116-123.
- ROSSENBECK (H.). — Zur Indikationstellung der Schwangerschaftsunterbrechung bei Pyelites in Graviditate, zugleich ein Beitrag zur Pathogenese der Schwangerschaftspyelitis. *Zentr. f. Gynäk.*, 1930, p. 1103

- SANCHEZ (Angel I. Sosa Y.). — Interruption de embarazo por pielonefritis. *Bol. Soc. de Obst. y Gyn.*, Buenos-Aires, t. IX, 17 mai 1930. Réf. in *Gyn. et Obst.*, 1931, p. 367.
- SCHOKAERT. — A propos de l'accouchement prématuré pour pyélonéphrite gravidique. *Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 3-4-26 - in *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1926, p. 470.
- TRILLAT. — L'auto-vaccin dans le traitement de la pyélonéphrite gravidique. *Gyn. et Obst.*, 1934, p. 492.
- VALLOIS. — Interruption de la grossesse pour pyélonéphrite double. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1923, p. 517.
- VORON, PIGEAUD et PIZZERA. — *Pyélonéphrite gravidique à forme toxique*. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1931, p. 212.
- VORON et CHARLEUX. — Pyélonéphrite et Urémie. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1934, p. 639.
- YOVANOVITCH. — Les Pyélonéphrites pendant la gestation et leur traitement. *Thèse Paris*, 1923.

IV. — Anémie.

- AUBERTIN. — L'anémie pernicieuse gravidique. *Presse Médicale*, 5-1-1924, p. 13.
- BARON (P.). — Un cas d'anémie pernicieuse gravidique. *Gyn. et Obst.*, 1934, p. 73.
- BATISWEILER (Johann). — Beitrage zur Pathologie und Therapie der perniziosartigen Graviditaets-anemie. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 28-2-1933. (*Gyn. et Obst.*, 1935, p. 265).
- BAUDOUIN (H.). — Contribution à l'étude de l'anémie grave de la grossesse. *Th. Paris*, 1936.
- BEAUFILS (R.). — Contribution à l'étude du pronostic et du traitement de l'anémie pernicieuse gravidique. *Th. Paris*, 1928.
- BENSIS et GOUTTAS. — Anémie gravidique ayant évolué sous forme d'anémie pernicieuse métaplastique, guérie par accouchement prématuré. *Le Sang*, 1930, p. 184.
- BRAULT. — Un cas de guérison d'anémie pernicieuse gravidique avant l'accouchement par ingestion de foie. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1928, p. 619.
- BRINDEAU, JACQUET et THEODORIDÈS. — Un cas d'anémie pernicieuse gravidique. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1928, p. 39.

- BRINDEAU et THÉODORIDÈS. — Anémie pernicieuse d'origine paludéenne. *Le Sang*, 1930, p. 150.
- CHATON. — Syndrome d'anémie grave dans le cours d'une grossesse. Traitement par transfusions sanguines répétées. Guérison. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1923, p. 317.
- CLEISZ. — Anémie grave de la fin de la gestation suivie de guérison après l'accouchement chez une femme ayant une réaction de Wassermann positive. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1920, p. 174.
- DALÉAS. — Réflexion à propos de 15 cas d'anémie gravidique et explication de quelques échecs de la transfusion. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1930, p. 731.
- DUJOL. — Un cas d'anémie de la grossesse. *La Loire Médicale*, mai 1933, p. 126.
- EPARVIER et PIGEAUD. — Un cas d'anémie de la grossesse. Guérison. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1925, p. 178.
- FABRE et TRILLAT. — Un cas d'anémie pernicieuse de la grossesse. Mort pendant le travail. *Bull. Soc. Obst.*, 1913, p. 84.
- FAUGÈRE. — Anémie pernicieuse gravidique. Interruption de la grossesse. Guérison. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1933, p. 505.
- GAUCHERAND, PIGEAUD et REBOUL. — Anémie de la gestation. Guérison. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1928, p. 253.
- GAVAUDAN et DOR. — Anémie pernicieuse gravidique. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1938, p. 559.
- HEIM (K.). — Zur Frage der Schwangerschaftperniciosa. *Zentr. f. Gynäk.*, 1930, p. 1026.
- LENNER. — Ein Fall von schwerer Anämie während der Schwangerschaft. *Acta obst. gyn. Scand.*, X-2-1930. Ref. in *Gyn. et Obst.*, 1931, 1, 264.
- MOTTA (de Oliveira). — Em torno de um caso de prenhez e anemia grave. *Revista de Gyn. et Obst.*, 1935, p. 153.
- PALLIEZ et DUPIRE. — A propos d'un cas d'anémie pernicieuse gravidique. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1932, p. 203.
- PAQUET. — Anémie pernicieuse et grossesse. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1920, p. 467.
- PLAUCHU. — Un cas d'anémie pernicieuse de la grossesse. *Bull. Soc. Obst.*, 1912, p. 913.

- REBOUD (P.). — Contribution à l'étude du traitement des anémies graves de la grossesse. *Th. Lyon*, 1928.
- SPIRE et PERRIN. — Un cas d'anémie pernicieuse de la grossesse. Examen hématologique du sang maternel et du sang fœtal. *Bull. Soc. Obst.*, 1912, p. 949.
- TRICAUD (Martial). — *Cinq observations d'anémies graves de la grossesse suivies de guérison.* — *Th. Lyon*, 1930.
- VERMELIN (H.). — Anémie pernicieuse gravidique du type aplastique. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1933, p. 644.
- VERMELIN et VIGNEUL. — Anémie pernicieuse gravidique à répétition. Avortement provoqué, mort maternelle. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1923, p. 329.
- VINCENT (Armand). — Contribution à l'étude de l'anémie pernicieuse gravidique et du rôle de la transfusion sanguine dans son traitement. *Th. Paris*, 1927.
- VORON et GEREST. — Un cas d'anémie pernicieuse gravidique. *Bull. Soc. d'Obst.*, 1912, p. 909.
- VORON et PIGEAUD. — *Anémie pernicieuse au huitième mois de la gestation. Accouchement prématuré provoqué. Guérison.* — *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1930, p. 128.

V. — Diabète.

- ANDERODIAS. — Les maladies de la gestation. *E. M. C. Obstétrique*, t. I, fasc. 5042.
- AUDEBERT et GALY-GASPARROU. — Diabète et gestation. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1927, p. 574.
- BACH (Mlle). — Diabète et fonction de reproduction. *Th. Paris*, 1928.
- BRINDEAU. — Discussion d'une communication de Laché. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1934, p. 610.
- DAHL (Pauli). — Diabetes and pregnancy. *Acta obstetrica e gynec. Scandinavica*, 1930, vol. X, fasc. 5, p. 410.
- EPARVIER et MAGNIN. — *Diabète gravidique.* — *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1937, p. 599.
- EYDING. — Diabetes und Schwangerschaft. *Zeitschr. f. Gynäk.*, t. 57, n° 9, 4 mars 1933. Réf. in *Gyn. et Obst.*, 1935, p. 188.
- FISCHER (L.). — Riesenkinrder bei mütterlichen Diabetes. *Zentr. f. Gynäk.*, t. 59, n° 5, 2-2-1935, p. 249.

- GARIPUY, GUILHEM et GRIMOUD. — Diabète et gestation. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1935, p. 303.
- GERNEZ (Louis) et DEMAREZ. — A propos d'un cas de diabète et grossesse. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1937, p. 155.
- HENRIET (P.). — Glycosurie et diabète en pratique obstétricale. *Revue fr. de Gyn. et d'Obst.*, 1936, p. 111.
- HERRICK and TILLMAN. — Diabetes and Pregnancy. *Surgery Gyn. and Obst.*, 1938, p. 37.
- HEYNEMANN (Th.). — Die Schwangerschafts Glykosurie und der Diabetes in der Schwangerschaft. *Zeitschr. f. Gebur und Gynäk.*, t. 3, n° 2, 16-8-1935. Réf. in *Gyn. et Obst.*, 1937, p. 461.
- LABBÉ (Marcel) et DREYFUS (Gilbert). — Diabète et grossesse. *Gyn. et Obst.*, 1935, p. 7.
- LACOMME. — Diabète et grossesse. *Concours Méd.*, 1936, p. 1246.
- MONCKEBERG (L.). — Diabetes y gestacion. *Boi. an. de la Clinica Obstetrica de Chile*, 1931-1932. Réf. in *Gyn. et Obst.*, 1936, p. 165.
- RANDALL (Th.) and RYNEARSON (Edward H.). — Delivery and case of the newborn infant of the diabetic mother. *The J. of the American Med. Assoc.*, 19-9-36.
- RHENTER et PIZZERA. — Diabète et puerpéralité. — *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1930, p. 511.
- SNOECK (J.). — Diabète et grossesse. Contribution à l'étude des glycémies maternelles et fœtales au moment de l'accouchement. *Bruxelles Médical*, 7-6-1936.
- TITUS (R. S.). — Diabetes in pregnancy from the obstetric point of view. *Am. Journ. of Obst.*, 1937, p. 386.
- VERDEUIL et LOMBARD. — Un cas de diabète et grossesse. Poly-léthalie de la descendance antérieure. Résultats heureux du traitement mixte insulinique et anti-spécifique. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1936, p. 749.
- VIGNES. — Maladies des femmes enceintes. T. II, p. 122.
- CLÉODIMOS VOUDOURIS. — Contribution à l'étude du traitement obstétrical du diabète sucré. *Th. Lyon*, 1912.
- VUARNET. — Six observations de gestation survenues chez les diabétiques. — *Thèse Lyon*, 1934.
- WHITE (Pr.). — Pregnancy complicating diabetes. *Surgery Gyn. and Obst.*, 1933, p. 324.

WHITE. — Diabetes complicating pregnancy. *Am. J. of Obst.*, 1937, p. 300.

VI. — *Cardiopathies.*

ALDERS (Nikolaus). — Paroxysmale Tachykardie und Schwangerschaft. *Zentralblatt f. Gynäk.*, 14-3-31, p. 642.

ANDERODIAS. — Cardiopathies et grossesse. *Progrès Médical*, 1937, p. 1145.

AUBERTIN. — Pronostic des cardiopathies au cours de la gestation. *Leçons à la Clinique Baudelocque*, 1924.

BALARD, BROUSTET et MAHON. — Cardiopathie et puerpéralité. *E. M. C. Obst.*, 5044, I.

CARRERA, CORTÈS (Cristian). — Cardiopathies et grossesses. *Bull. Soc. Gyn. et Obst.*, 1930, p. 35.

CASSAN. — Cardiopathies et gestation. *Th. Paris*, 1926.

DONOVAN. — Heart disease complicating Pregnancy. *The Br. med. journ.*, 18-1-36.

FRUHINSCHOLZ. — Accidents gravido-cardio-rénaux. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1931, p. 181.

FRUHINSCHOLZ et BEIGBEDER. — Nouvelles précisions sur les accidents gravido-cardiaques des cardio-rénales. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1937, p. 421.

GALLAVARDIN. — La tension artérielle en clinique, sa mesure, sa valeur séméiologique. — Masson, édit., 1920, p. 239.

GALLAVARDIN. — Le rétrécissement mitral œdémateux. *Journ. Méd. Lyon*, 1934, p. 609.

GELLÉ. — Césarienne pour accidents gravido-cardiaques. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1938, p. 523.

GELLÉ et PATOIR. — Pronostic et traitement des complications cardiaques chez les femmes enceintes. *Echo Méd. du Nord*, 1935, 2, 104.

GONNET et FROMENT. — Nature inflammatoire des accidents gravido-cardiaques. *Revue de Médecine*, 1908, p. 1024.

GREENHILL (J. P.). — Heart block in pregnant women. *Amer. Journ. of Obst.*, 1933, p. 125.

HERMANN (G.). — Diseases of the Heart. *Obstetric Medicine*, p. 381.

- JENSEN (Julius). — Heart Disease and Pregnancy. *The J. of the Amer. med. Assoc.*, 1936, 3, 329.
- KUSTNER et SHOEN. — Schwangerschaft und Herzfehler. *München Mediz. Woch.*, LXXI, n° 20, 18-5-34, p. 739.
- LAENNEC (Théophyle). — Cardiopathies mitrales et gestation. *Th. Paris*, 1930.
- LAFFONT et FULCONIS. — Cardiopathie et grossesse. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1934, p. 501.
- LANTUEJOUL. — Cardiopathies et grossesse. Conduite à tenir. *Leçons Clinique Tarnier*, 1935.
- LUCAS MACHADO. — Operação cesareane sob anesthesio local em cardiopathas graves. *Revista de Gyn. et d'Obst.*, nov. 1934, I, p. 586.
- MOULTON (Charles). — Indications de l'évacuation utérine dans les accidents gravido-cardiaques. *Th. Paris*, 1926.
- MURAT (Joseph). — Contribution à l'étude des cardiopathies envisagées dans leurs rapports avec l'accouchement et les suites de couches. *Th. Lyon*, 1924.
- PROTOPESCU PAKE. — Operazione cezarina in afectiunile cardiace. *Revista de Obst. Ginecol. puericult.*, 1936, n° 2, p. 133.
- PASTEUR-VALLERY-RADOT, PORTES et ROUCHY. — Accidents gravido-cardiaques. Interruption de la gestation au cours du 5^e mois. Hystérotomie abdominale sous anesthésie locale. Stérilisation par section des trompes. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1938, p. 351.
- RAE (D. J. Mac). — Subacute endocarditis and pregnancy. *The J. of Obst. and Gyn. of the British Empire*, vol. 44, n° 2, avril 1937, p. 300.
- SÉJOURNÉ. — Le rétrécissement mitral dans ses rapports avec l'état puerpéral. *Th. Paris*, 1928.
- STANDER (H. I.) et KUDER (K.). — Treatment of heart disease complicating pregnancy. *Th. J. of the Am. Med. Ass.*, 1937, 2, 2092.
- TUNIS (Benno). — Schwangerschaft und Geburt bei herzkranken Frauen. *Med. Klinik*, t. XXV, 20 et 27-12-29.
- WANDERLEY (L.). — Cesareana en una gestante em asystolia. *Revista de Gyn. e d'Obst.*, 1935, I, p. 29.

VII. — *Tuberculose.*

- BERTOYE (P.). — Sur la Tuberculose congénitale. A propos d'un cas de tuberculose pulmonaire. *Rev. de Méd.*, 1936, p. 631.
- BUÉ. — Tuberculose pulmonaire et état puerpéral. *Echo Médical du Nord*, 1934, 2, 863.
- COUVELAIRE. — Avenir des enfants nés de femmes atteintes de tuberculose pulmonaire avec expectoration bacillifère. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1923, p. 469.
- COUVELAIRE. — Le nouveau-né issu de mère tuberculeuse. *Gyn. et Obst.*, 1927, p. 1.
- COUVELAIRE et LACOMME. — Méningite tuberculeuse et gestation. *Gyn. et Obst.*, 1930, p. 1.
- FRUHINSHOLZ (A.). — Méningite tuberculeuse au voisinage du terme, évacuation extemporanée sous rachi-anesthésie. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1930, p. 585.
- FRUHINSHOLZ (A.). — A propos de l'avenir éloigné des enfants extraits « ante mortem » au cours de la méningite tuberculeuse. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1930, p. 76.
- GAUJOUX et BOISSIER. — A propos d'un cas de méningite tuberculeuse dans la grossesse. *Rev. fr. de Gyn. et d'Obst.*, 1931, p. 591.
- GERNEZ. — Considérations sur 21 observations de tuberculose pulmonaire et grossesse relevées à la clinique obstétricale. *Echo médical du Nord*, 1934, 2, p. 895.
- GROSSE. — Méningite tuberculeuse chez une femme enceinte près du terme, accouchement provoqué, enfant vivant, actuellement âgé de 7 ans. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1929, p. 400.
- GUÉRIN-VALMALE et BRAHIC. — Méningite tuberculeuse. Accouchement provoqué. Extraction en période agonique. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1922, p. 663.
- PALLIEZ. — Différentes manifestations tuberculeuses et état puerpéral. *Echo Méd. du Nord*, 1934, 2, p. 907.
- VALLOIS et ROUME. — Méningite tuberculeuse chez une femme enceinte. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1923, p. 253.
- VORON, PIGEAUD et PIZZERA. — *Lésions tuberculeuses chez un enfant mort un mois après sa naissance provoquée pré-*

maturée, pour une méningite tuberculeuse de la mère.
Bull. Soc. Obst. et Gyn., 1931, p. 283.

VIII. — *Divers.*

BRINDEAU. — Ictère par rétention chez une femme enceinte.
Accouchement provoqué. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1927,
p. 622.

DELMAS, BATTLE et ZAKLAJUN. — Toxémie émétisante du dernier
trimestre. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1934, p. 304.

FAVREAU, BATTEUR et DRAPIER. — Tuberculose rénale. Intoxica-
tion gravidique hypertensive. Césarienne basse. *Bull.
Soc. Obst. et Gyn.*, 1933, p. 295.

GELLÉ (Paul). — Hépatotoxémie gravidique avec herpès. *Bull.
Soc. Obst. et Gyn.*, 1935, p. 199.

PÉRY. — Syndrome brusque de vomissements d'allure incoer-
cible avec acétonémie au cours de la grossesse. *Bull.
Soc. Obst. et Gyn.*, 1930, p. 650.

PLASSE, GUILLOT et FARNARIER. — Interruption de grossesse pour
troubles visuels graves. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1937,
p. 164.

RHENTER. — Deux observations d'insuffisance hépatique aiguë
au cours de la gestation. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1934,
p. 63.

RHENTER et PIGEAUD. — Un cas de toxémie gravidique mortelle
au 7^e mois de la grossesse. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1925,
p. 581.

VANVERTS et PALLIEZ. — Hépatonéphrite gravidique grave,
accouchement forcé sous rachis ; enfant vivant. Guéri-
son. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1930, p. 244.

IX. — *Technique de l'interruption de la grossesse.*

ANSELMINO (K. J.) und HOFFMANN (Fr.). — Ueber die Entstehung
der Nephropathie und Eklampsie der Schwangeren
durch Ueberfunktion der Hypophysen hinterlappens.
Klinische Wochensh., X, 1931, 1-8-1931, p. 1442.

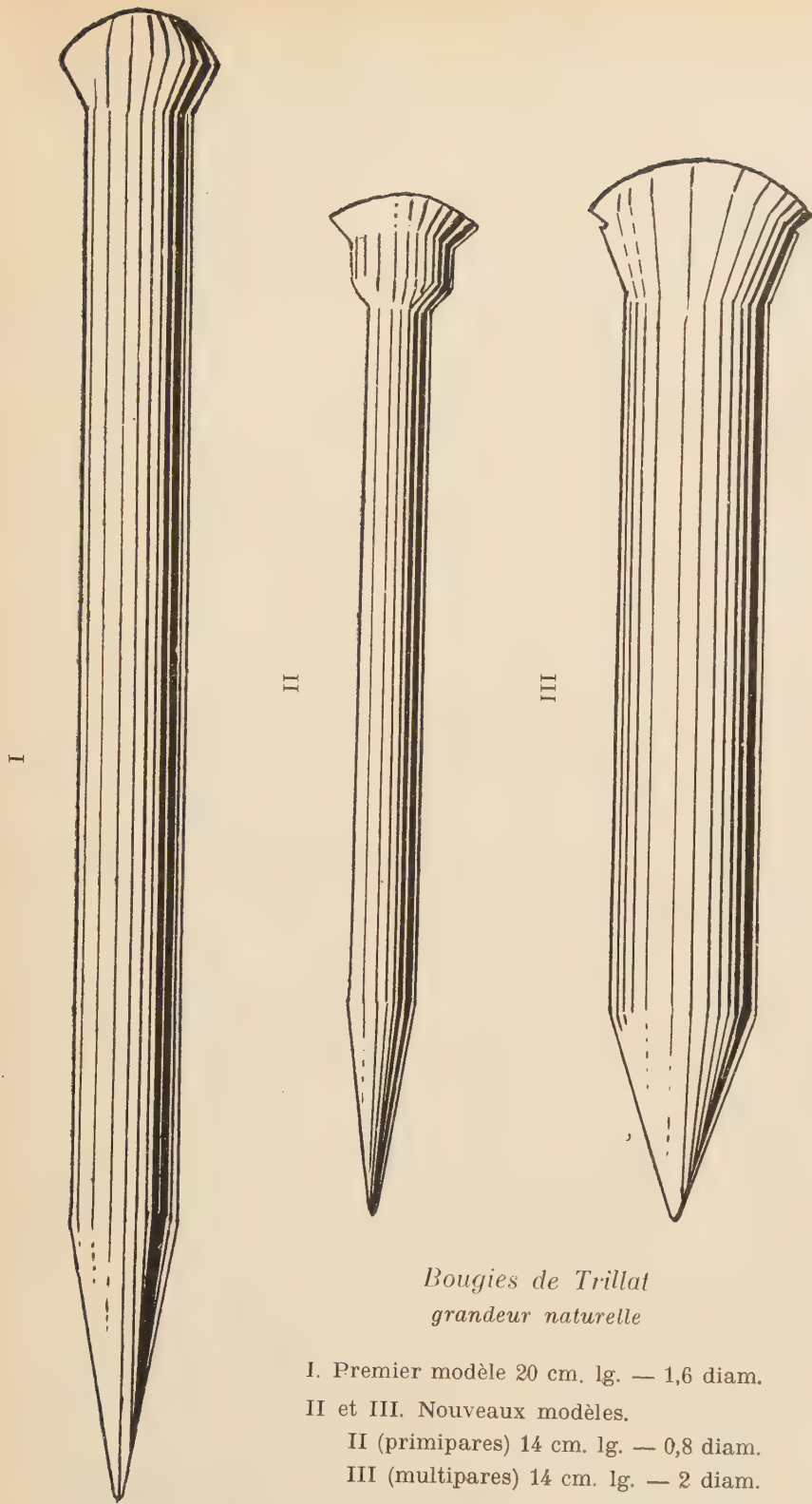
- ASTIER. — Contribution à l'étude du système nerveux utérin. *Th. Lyon*, 1918.
- BALARD et MAHON. — A propos de 6 cas d'évacuation extemporanée de l'utérus sous rachi-anesthésie. *Gyn. et Obst.*, 1929, p. 91.
- BARDENHEUER (F. H.). — Zur Geburtseinleitung. *Münch. Mediz. Wochens.*, LXXX, 27-1-33.
- BATTLE et SAUVY. — Complications imprévues au cours d'un accouchement prématuré. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1933, p. 762.
- BRÉMOND. — A propos d'un cas d'évacuation extemporanée de l'utérus sous rachi-analgésie. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1929, p. 630.
- BRÉMOND. — Une évacuation extemporanée de l'utérus, sous anesthésie locale du col. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1933, p. 79.
- BRÉMOND. — Quelques observations relatives à l'emploi d'agents médicamenteux dans la provocation de l'utérus. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1933, p. 780.
- BRINDEAU et LANTUEJOUL. — La Rachianesthésie en obstétrique. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, avril 1927.
- BROCHIER et ROCHET. — La provocation médicamenteuse du travail au voisinage du terme. *Journ. Méd. de Lyon*, 1937, p. 81.
- BRUNO. — De la mort subite par rachianesthésie dans les césariennes basses pratiquées au cours du travail d'accouchement. *Thèse Lyon*, 1938.
- BUCHER (Paul). — Fölliculine et Parturition. *Thèse Lyon*, 1938.
- CAMBON et PLASSE. — Fölliculine et déclanchement du travail. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1938, p. 466.
- CHAVENT (Joseph). — Contribution à l'étude de la Rachianesthésie dans la pratique obstétricale. *Thèse Lyon*, 1929.
- COURTISS et FISHE. — An analytic study of 1.000 cases of cesarean section. *Am. J. of Obst.*, 1932, p. 679.
- DALÉAS (P.). — Accouchements et avortements provoqués par méthodes médicamenteuses. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1936, p. 189.
- DAVIS, ADAIR, PEARL. — The present status of ocytotics in obstetrics. *The J. of the Amer. Medical Ass.*, 1936, 3, p. 261.

- DELMAS. — Evacuation extemporanée de l'utérus en fin de grossesse. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1928, p. 413.
- DELMAS. — Un an de pratique d'évacuation extemporanée de l'utérus en fin de grossesse. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1929, p. 382.
- DENISE (Henri). — Le déclanchement du travail au voisinage du terme par le groupement pilocarpine-hypophyse. *Th. Lyon*, 1930.
- EPARVIER. — Huit observations d'évacuation extemporanée de l'utérus par le procédé de Delmas. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1929, p. 570.
- ESTIENNY. — L'accouchement déclanché à terme. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1936, p. 286.
- FAUVET. — Hypophysen hinterlappenhormone und Schwangerschaftstoxicosen. *Klinis. Woch.*, 14-11-31, p. 536.
- FOURNIER (Roger). — Le déclanchement du travail par la quinine associée à l'extrait hypophysaire. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1931, p. 439.
- FULCONIS. — De l'accouchement prématuré provoqué. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1938, p. 588.
- GERNEZ. — A propos du déclanchement médicamenteux du travail au voisinage du terme. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1938, p. 372.
- GINGLINGER et PINSAN. — Au sujet de la dilatation du col de l'utérus en fin de grossesse sous rachianesthésie. *Gyn. et Obst.*, 1930, p. 313.
- GONNET et DAUVERGNE. — De l'inconstance d'action de la méthode médicamenteuse dans l'accouchement prématuré. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1936, p. 76.
- GONNET et IMPERT. — Deux cas d'évacuation utérine sous anesthésie rachidienne. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1929, p. 230.
- GREENHILL (J. P.). — An analysis of 874 cervical cesarean sections performed at the Chicago Lying in Hospital. *Amer. J. of Obst.*, 1930, p. 613.
- GREENHILL (J. P.). — Publications américaines Obst. et Gyn. de 1929. *Gyn. et Obst.*, 1930, p. 29.
- GREENHILL (J. P.). — One hundred and seventeen consecutive cervical cesarean sections without maternal mortality. *Surg. Gyn. and Obst.*, 1931, pp. 547-552.

- HAUCH. — Considérations sur l'accouchement prématuré provoqué. *Leçons Clinique Tarnier*, 1930, p. 106.
- HENRIET. — Les services rendus par la rachianesthésie en cas d'échec des méthodes habituelles. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1933, p. 507.
- HIRSCH (Hans). — Das Orasthin in der Geburtshilfe. *Deutsche Med. Woch.*, 20 août 1931, p. 1501.
- HOLZBACH, KOTTLORS IRION. — Orasthin und Tonephin, zwei Traktionsprodukte des Hypophysin. *Zentral. f. Gyn.*, LIV, 1930, p. 90.
- JEBSEN. — Bieten Pitocin and Orasthin Vorteile gegenüber den hisherigen hypophysen hinterlappenpräparaten. *Zentralb. f. Gyn.*, 3, 1929, p. 3521.
- KUSTNER (H.). — Dürfen Hypophysen hinterlappenpräparate bei nephropathie und Eklampsie angewandt werden ? *Zentralblatt f. Gynäk.*, 1933, I, p. 925.
- LA HAYE et PETERS. — Le déclanchement du travail par doses fractionnées d'extraits hypophysaires postérieurs (méthode de Stein). *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1930, p. 324.
- LAMBERT (Georges). — Posthypophyse et prééclampsie. *Gyn. et Obst.*, 1938, p. 359.
- LANTUEJOL. — La rachianesthésie en obstétrique. *Gyn. et Obst.*, 1924, t. IX, n° 4, p. 368.
- MARCAKIS. — Du ballon de Champetier de Ribes de moyen volume dans la provocation artificielle du travail *Thèse Lyon*, 1918.
- MATHIEU (A.). — Observations on the use of castor oil, quinine and pituitary extract in the induction of labour. *Amer. J. of Obst.*, 1927, I, 223.
- MATHIEU and MARTIN S. SICHEL — Further observations on the use of castor oil, quinine and pituitary extract in the induction of labour. *Surgery Gyn. and Obst.*, 1931, 2, p. 376.
- MEYLAN. — La Rachianesthésie en Gynécologie et en Obstétrique. *Gyn. et Obst.*, 1937, p. 339.
- MURRAY-PESHKINS and MULLER (Y. A.). — Quinine and ergot allergy and thrombocytopenic purpura. *J. Amer. Med. Assoc.*, 26-5-34. Ref. in *Gyn. et Obst.*, 1936, 1, 566.
- OUI. — Etude sur les principales méthodes de provocation de l'accouchement prématuré. *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1891, p. 401 ; 1892, p. 15.

- PELLETIER (J.). — Quatorze années de pratique d'accouchements prématurés provoqués par la bougie de Krause. *Th. Lyon*, 1935.
- PLASS and SEIBERT. — Premature rupture of the membranes as a means of inducing labour. *Amer. J. of Obst.*, 1936, 2, p. 785.
- RABAU (A.). — Anwendung und dosierung des orasthins in der Geburtshilfe. *Med. welt.*, 1931, p. 126.
- REILES. — Considérations sur le déclanchement artificiel de l'accouchement. *Revue fr. Gyn. et Obst.*, 1936, p. 335.
- RHENTER et JOSSERAND. — Quelques observations d'accouchement provoqué par action médicamenteuse. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1933, p. 66.
- RIVOIRE. — Les recherches récentes sur l'hypophyse. *Annales de Thér. biolog.*, 1^{er} janv. 1935.
- ROJAS (Daniel A.). — Technica e evolucao da operacao cesarea supre symphysaria. *Revista de Gyn. et Obst.*, sept. 1928, p. 437.
- SILMAN (Abram). — 108 tentatives de provocation médicamenteuse du travail au voisinage du terme. *Th. Lyon*, 1937.
- TRILLAT. — Un nouveau modèle de bougie pour provoquer l'accouchement. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1938, p. 388.
- VAN BOGAERT et VAN BAARLE. — Hypertension artérielle et hormones hypophysaires vasopressives et gonadotropes. *Acta Medica Scand.*, 96, 1 juin 1938. Réf. in *Presse Méd.*, 3-12-1938.
- VANSTEENBERGHE JOLY. — A propos de l'accouchement provoqué. Des techniques de la mise en train du travail. Statistiques hospitalières récentes des trois Maternités lyonnaises. *Th. Lyon*, 1932-33.
- VERMELIN (H.). — Extrait d'hypophyse et éclampsie. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1921, p. 536.
- VORON, BROCHIER et CONTAMIN. — De la provocation du travail par l'association folliculine-hypophyse dans les grossesses arrêtées. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1935, p. 68.
- VORON et BROCHIER. — Résultats fournis par 130 tentatives de provocations médicamenteuses du travail au voisinage du terme. *Communic. VIII^e Congrès Assoc. des Gyn. et Obst. de Langue française*, 1933. — *Gyn. et Obst.*, 1933, p. 541.

- VORON, PIGEAUD et BROCHIER. — Notre technique de provocation du travail en fin de grossesse. *Rev. fr. de Gyn. et d'Obst.*, 1933, p. 177.
- WATERS. — The dilating bags in Obstetrics. *Amer. J. of Obst.*, oct. 1938, p. 639.
- WATSON (B. P.). — XIII^e Congrès de l'American Gynecological Society, Chicago, 1920. Réf. in *Gyn. et Obst.*, 1920, 265.
- WODON. — Etude des rapports entre l'hypophyse et les organes génitaux de la femme. II^e rapport au VI^e Congrès de *Gyn. et d'Obst. de Langue française*. — *Gyn. et Obst.*, 1929, p. 190.
-



Bougies de Trillat
grandeur naturelle

I. Premier modèle 20 cm. lg. — 1,6 diam.

II et III. Nouveaux modèles.

II (primipares) 14 cm. lg. — 0,8 diam.

III (multipares) 14 cm. lg. — 2 diam.

Table des Matières

<i>Introduction</i>	11
OBSERVATIONS	13
INDICATIONS	131
Généralités	131
Les toxémies gravidiques	141
I. Les néphropathies	151
— Albumineuses simples	151
— Avec œdèmes	156
— Avec hypertension	161
— Mixtes	174
II. Les Albuminuries récidivantes	181
— Avec mort habituelle du fœtus	183
— Sans mort habituelle du fœtus	186
Les albuminuries observées chez des malades ayant eu une atteinte rénale ou une hyper- tension antérieure à la gestation	191
Les pyélites et pyélonéphrites	208
L'anémie pernicieuse	220

Le diabète	230
Les cardiopathies	241
La tuberculose	260
Méningée	260
Pulmonaire	262
Affections diverses	265
LES TECHNIQUES D'INTERRUPTION DE LA GROSSESSE ..	269
Moyens mécaniques	270
Ballons	270
Bougies	271
Rupture des membranes	278
Décollement du pôle inférieur de l'œuf ..	281
Moyens médicamenteux	282
Rachianesthésie	293
Césarienne	296
LES RÉSULTATS	303
Marche de l'accouchement	303
Résultats fœtaux	309
Conclusions	325
Bibliographie	331
Figure (Bougies de Trillat)	353

